

Studie zur Implementierung von Instrumenten der Bedarfsermittlung

Diedrich, Vanessa; Fuchs, Harry; Morfeld, Matthias; Risch, Lukas;
Ruschmeier, René

Veröffentlichungsversion / Published Version
Forschungsbericht / research report

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Diedrich, V., Fuchs, H., Morfeld, M., Risch, L., & Ruschmeier, R. (2019). *Studie zur Implementierung von Instrumenten der Bedarfsermittlung*. (Forschungsbericht / Bundesministerium für Arbeit und Soziales, FB540). Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales; Kienbaum Consultants International GmbH. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-65991-6>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.



FORSCHUNGSBERICHT

540

Studie zur Implementierung von Instrumenten der Bedarfsermittlung

Abschlussbericht | Implementationsstudie zur Einführung von Instrumenten zur Entwicklung des Rehabilitationsbedarfs nach § 13 SGB IX (Bundesteilhabegesetz)

Kienbaum Consultants International GmbH
Dessauer Straße 28/29
10963 Berlin



Autorinnen und Autoren:

Vanessa Diedrich (Kienbaum Consultants International GmbH)

Prof. Dr. Harry Fuchs (Hochschule Düsseldorf)

Prof. Dr. Matthias Morfeld (Hochschule Magdeburg-Stendal)

Lukas Risch (Kienbaum Consultants International GmbH)

René Ruschmeier (Kienbaum Consultants International GmbH)

Berlin, Dezember 2019

Erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.

Die Durchführung der Untersuchungen sowie die Schlussfolgerungen aus den Untersuchungen sind von den Auftragnehmern in eigener wissenschaftliche Verantwortung vorgenommen worden. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales übernimmt insbesondere keine Gewähr für die Richtigkeit, Genauigkeit und Vollständigkeit der Untersuchungen.

Inhalt

Abbildungsverzeichnis	8
Abkürzungsverzeichnis	13
Zusammenfassung	15
1. Einleitung	19
2. Auftrag und Zielsetzung	22
2.1 Ausgangslage	22
2.2 Ziele und Untersuchungsauftrag	24
2.3 Projektdesign und methodisches Vorgehen	29
3. Ergebnisse der Datenerhebung	36
3.1 Die gesetzlichen Krankenkassen	36
3.1.1 Hintergrund und methodische Hinweise	36
3.1.2 Ausgangssituation	37
3.1.3 Instrumente (Arbeitsprozesse und Arbeitsmittel)	38
3.1.4 Zusammenarbeit mit anderen Trägern	49
3.1.5 Zusammenfassung	52
3.2 Die Bundesagentur für Arbeit	54
3.2.1 Hintergrund und methodische Hinweise	54
3.2.2 Ausgangssituation	55
3.2.3 Instrumente (Arbeitsprozesse und Arbeitsmittel)	56
3.2.4 Zusammenarbeit mit anderen Trägern	68
3.2.5 Zusammenfassung	70
3.3 Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung	72
3.3.1 Hintergrund und methodische Hinweise	72
3.3.2 Ausgangssituation	73
3.3.3 Instrumente (Arbeitsprozesse und Arbeitsmittel)	74
3.3.4 Zusammenarbeit mit anderen Trägern	85
3.3.5 Zusammenfassung	88
3.4 Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung	89
3.4.1 Hintergrund und methodische Hinweise	89

3.4.2	Ausgangssituation	90
3.4.3	Instrumente (Arbeitsprozesse und Arbeitsmittel)	91
3.4.4	Zusammenarbeit mit anderen Trägern	101
3.4.5	Zusammenfassung	103
3.5	Zusammenfassung zu Kapitel 3	104
4.	Implementierung der gesetzlichen Vorgaben zur Ausgestaltung der Instrumente nach § 13 SGB IX	105
4.1	Anwendung einheitlicher Maßstäbe (§ 13 Abs. 2 SGB IX)	105
4.1.1	§ 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX: Vorliegende oder drohende Behinderung	105
4.1.2	§ 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX: Welche Auswirkung hat die Behinderung auf die Teilhabe der Leistungsberechtigten?	106
4.1.3	§ 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX: Welche Ziele sollen mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden?	107
4.1.4	§ 13 Abs. 2. Nr. 4 SGB IX: Prognose bezüglich der voraussichtlichen Wirksamkeit der Leistungen	108
4.2	Orientierung an der ICF	108
4.3	Dokumentation und trägerübergreifender Austausch	109
4.4	Abstimmung mit den Leistungsberechtigten	110
4.5	Eingliederungshilfe	110
5.	Ausblick	112
5.1	Empfehlungen	112
5.1.1	Empfehlungen aus der Mitte der am Forschungsprojekt beteiligten Institutionen	112
5.1.1.1	Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit, insbesondere auf regionaler Ebene	112
5.1.1.2	Fort- und Weiterbildung	115
5.1.1.3	Vorleistungspflicht (§ 24 SGB IX)	115
5.1.1.4	Fristenregelung (§ 14 SGB IX) überprüfen	115
5.1.2.5	Personalausstattung	116
5.1.2	Ergänzende Empfehlungen des Forschungsteams	116
5.1.2.1	Datenschutz	116
5.1.2.2	Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger	118
5.1.2.3	Orientierung am bio-psycho-sozialen Modell	120
5.1.2.4	Einheitliche Qualität der Bedarfsermittlung	120
5.1.2.5	Informationsfluss zur Gewährleistung der Koordination	121
5.1.2.6	Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs	121
5.2	Anregungen zum weiteren Forschungsbedarf	122

6.	Quellen- und Literaturverzeichnis	123
7.	Anlagen (separates Dokument)	124
7.1	Präsentation zur fachlichen Ausgangslage der Implementationsstudie	124
7.2	Gesprächsleitfaden der explorativen Interviews (Phase 0)	124
7.3	Fragebogen der Online-Befragung (Phase 1)	124
7.4	Konzeptpapier der Fallstudien (Phase 2)	124

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Projektdesign im Überblick	29
Abbildung 2:	Teilnehmer an der Online-Befragung nach Trägergruppen	32
Abbildung 3:	Teilnehmer an der Online-Befragung nach funktionalen Gruppen	32
Abbildung 4:	Methodischer Rahmen der Online-Befragung (Phase 1)	33
Abbildung 5:	Teilnehmende Einrichtungen an den Fallstudien	34
Abbildung 6:	Methodischer Rahmen der Fallstudien (Phase 2)	35
Abbildung 7:	Zuordnung der Befragten auf der organisatorisch-funktionalen Ebene (KV)	37
Abbildung 8:	Auslöser des Reha-Prozesses (KV)	38
Abbildung 9:	Vereinfachte Darstellung des Rehabilitationsbedarfsermittlungsprozesses einer Krankenversicherung (KV)	39
Abbildung 10:	Beteiligte Akteure bei der Feststellung, ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht (KV)	40
Abbildung 11:	Basis der Beurteilung, ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht (KV)	41
Abbildung 12:	Erhebung von Informationen und Daten für die Bedarfsermittlung (KV)	41
Abbildung 13:	Beteiligte Akteure bei der Beurteilung der individuellen Teilhabebeeinträchtigungen (KV)	42
Abbildung 14:	Basis der Ermittlung der individuellen Teilhabebeeinträchtigungen (KV)	42
Abbildung 15:	Ermittlung der konkreten Probleme der Teilhabe in verschiedenen Leistungsgruppen (KV)	43
Abbildung 16:	Lebensbereiche der Teilhabebeeinträchtigungen (KV)	43
Abbildung 17:	Basis der definierten Ziele (KV)	44
Abbildung 18:	Einigung, welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen (KV)	44
Abbildung 19:	Gestaltung des Prozesses der Einbeziehung des leistungsberechtigten Menschen (KV)	45
Abbildung 20:	Basis der Prognose, dass die ausgewählte Leistung der Zielerreichung dient (KV)	45

Abbildung 21:	Ausrichtung der Versorgungsverträge / Rahmenvereinbarungen auf die Erreichung konkreter Teilhabeziele (KV)	46
Abbildung 22:	Überprüfung der individuellen Zielerreichung / Reha-Erfolg (KV)	46
Abbildung 23:	Anwendung systematischer Arbeitsprozesse und standardisierter Arbeitsmittel (KV)	48
Abbildung 24:	Bestandteile der Aktenführung (KV)	49
Abbildung 25:	Ziele der Zusammenarbeit mit Trägern der eigenen Trägergruppe (KV)	49
Abbildung 26:	Zusammenarbeit mit anderen Trägergruppen (KV)	50
Abbildung 27:	Zuordnung der Befragten auf der organisatorisch-funktionalen Ebene (BA)	55
Abbildung 28:	Auslöser des Reha-Prozesses (BA)	57
Abbildung 29:	Vereinfachte Darstellung des Rehabilitationsbedarfsermittlungsprozesses in der Bundesagentur für Arbeit (BA)	58
Abbildung 30:	Beteiligte Akteure bei der Feststellung, ob eine Behinderung vorliegt oder eintreten droht (BA)	59
Abbildung 31:	Basis der Beurteilung, ob eine Behinderung vorliegt oder eintreten droht (BA)	60
Abbildung 32:	Erhebung der Informationen und Daten für die Bedarfsermittlung (BA)	61
Abbildung 33:	Beteiligte Akteure bei der Beurteilung der individuellen Teilhabebeeinträchtigungen (BA)	61
Abbildung 34:	Basis der Ermittlung der individuellen Teilhabebeeinträchtigungen (BA)	62
Abbildung 35:	Ermittlung der konkreten Probleme der Teilhabe in verschiedenen Leistungsgruppen (BA)	62
Abbildung 36:	Lebensbereiche der Teilhabebeeinträchtigungen (BA)	63
Abbildung 37:	Basis der definierten Ziele (BA)	64
Abbildung 38:	Einigung, welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen (BA)	64
Abbildung 39:	Gestaltung des Prozesses zur Einbeziehung des leistungsberechtigten Menschen (BA)	65
Abbildung 40:	Basis der Prognose, dass die ausgewählte Leitung der Zielerreichung dient (BA)	65

Abbildung 41:	Ausrichtung der Versorgungsverträge / Rahmenvereinbarungen auf die Erreichung konkreter Teilhabeziele (BA)	66
Abbildung 42:	Überprüfung der individuellen Zielerreichung / Reha-Erfolg (BA)	66
Abbildung 43:	Anwendung systematischer Arbeitsprozesse und standardisierter Arbeitsmittel (BA)	67
Abbildung 44:	Bestandteile der Aktenführung (BA)	68
Abbildung 45:	Zusammenarbeit mit anderen Trägergruppen (BA)	69
Abbildung 46:	Art der Zusammenarbeit mit anderen Trägergruppen (BA)	69
Abbildung 47:	Zuordnung der Befragten auf der organisatorisch-funktionalen Ebene (UV)	73
Abbildung 48:	Auslöser des Reha-Prozesses (UV)	74
Abbildung 49:	Vereinfachte Darstellung des Rehabilitationsbedarfsermittlungsprozesses am Beispiel einer Berufsgenossenschaft (UV)	75
Abbildung 50:	Beteiligte Akteure bei der Feststellung, ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht (UV)	76
Abbildung 51:	Basis der Feststellung, ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht (UV)	77
Abbildung 52:	Erhebung der Informationen und Daten für die Bedarfsermittlung (UV)	77
Abbildung 53:	Beteiligte Akteure Beurteilung der individuellen Teilhabebeeinträchtigungen (UV)	78
Abbildung 54:	Basis der Ermittlung der individuellen Teilhabebeeinträchtigungen (UV)	78
Abbildung 55:	Ermittlung der konkreten Probleme der Teilhabe in verschiedenen Leistungsgruppen (UV)	79
Abbildung 56:	Lebensbereiche der Teilhabebeeinträchtigungen (UV)	79
Abbildung 57:	Basis der definierten Ziele (UV)	80
Abbildung 58:	Einigung, welche Ziele mit den Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen (UV)	81
Abbildung 59:	Gestaltung des Prozesses der Einbeziehung des leistungsberechtigten Menschen (UV)	81
Abbildung 60:	Basis der Prognose, dass die ausgewählte Leistung der Zielerreichung dient (UV)	82

Abbildung 61: Ausrichtung der Versorgungsverträge / Rahmenvereinbarungen auf die Erreichung konkreter Teilhabeziele (UV)	82
Abbildung 62: Überprüfung der individuellen Zielerreichung / Reha-Erfolg (UV)	83
Abbildung 63: Anwendung systematischer Arbeitsprozesse und standardisierter Arbeitsmittel (UV)	84
Abbildung 64: Bestandteile der Aktenführung (UV)	85
Abbildung 65: Ziele der Zusammenarbeit mit anderen Trägern als der eigenen Trägergruppe (UV)	85
Abbildung 66: Zusammenarbeit mit anderen Trägergruppen (UV)	86
Abbildung 67: Art der Zusammenarbeit mit anderen Trägergruppen (UV)	87
Abbildung 68: Zuordnung der Befragten auf der organisatorisch- funktionalen Ebene (RV)	90
Abbildung 69: Auslöser des Reha-Prozesses (RV)	91
Abbildung 70: Vereinfachte Darstellung des Rehabilitationsbedarfsermittlungsprozesses einer Rentenversicherung (RV)	92
Abbildung 71: Beteiligte Akteure bei der Feststellung, ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht (RV)	93
Abbildung 72: Basis der Beurteilung, ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht (RV)	93
Abbildung 73: Erhebung von Informationen und Daten für die Bedarfsermittlung (RV)	94
Abbildung 74: Beteiligte Akteure bei der Beurteilung der individuellen Teilhabebeeinträchtigungen (RV)	94
Abbildung 75: Basis der Ermittlung der individuellen Teilhabe- beeinträchtigungen (RV)	95
Abbildung 76: Ermittlung der konkreten Probleme der Teilhabe in verschiedenen Leistungsgruppen (RV)	95
Abbildung 77: Lebensbereiche der Teilhabebeeinträchtigungen (RV)	96
Abbildung 78: Basis der definierten Ziele (RV)	97
Abbildung 79: Einigung, welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen (RV)	97
Abbildung 80: Gestaltung des Prozesses der Einbeziehung des leistungsberechtigten Menschen (RV)	98

Abbildung 81: Basis der Prognose, dass die ausgewählte Leistung der Zielerreichung dient (RV)	98
Abbildung 82: Ausrichtung der Versorgungsverträge / Rahmenvereinbarungen auf die Erreichung konkreter Teilhabeziele (RV)	99
Abbildung 83: Überprüfung der individuellen Zielerreichung / Reha-Erfolg (RV)	99
Abbildung 84: Anwendung systematischer Arbeitsprozesse und standardisierter Arbeitsmittel (RV)	100
Abbildung 85: Bestandteile der Aktenführung (RV)	101
Abbildung 86: Ziele der Zusammenarbeit mit Trägern der eigenen Trägergruppe (RV)	101
Abbildung 87: Zusammenarbeit mit anderen Trägergruppen (RV)	102
Abbildung 88: Art der Zusammenarbeit mit anderen Trägergruppen (RV)	102

Abkürzungsverzeichnis

ÄD.	Ärztlicher Dienst
AHB	Anschlussrehabilitation
BA.	Bundesagentur für Arbeit
BAGüs.	Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe
BAR.	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BDSG.	Bundesdatenschutzgesetz
BG Bau	Berufgenossenschaft der Bauwirtschaft
BGW.	Berufgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BIH.	Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen
BMAS.	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BPS.	Berufpsychologischer Service
BTHG.	Bundesteilhabegesetz
DGUV.	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
DRV.	Deutsche Rentenversicherung
EGH.	Eingliederungshilfe
EU-DSGVO.	Europäische Datenschutz-Grundsatzverordnung
GE.	Gemeinsame Empfehlungen
GKV.	Gesetzliche Krankenversicherung
HGU.	Hochschule der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung
ICD.	International Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF.	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
IFD.	Integrationsfachdienste
ISG.	Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik
ITP.	Integrierter Teilhabeplan
KOF.	Kriegsopferfürsorge
KOV.	Kriegsopferversorgung
LBAG BTHG.	Länder-Bund-Arbeitsgruppe zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes
LTA.	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
LVA.	Landesversicherungsanstalten

MDK.	Medizinische Dienste der Krankenkassen
MDS.	Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen
SGB.	Sozialgesetzbuch
StGB.	Strafgesetzbuch
UV.	Unfallversicherung
VBG.	Verwaltungs-Berufsgenossenschaft
VZÄ.	Vollzeitäquivalent
WHO.	World Health Organization, Weltgesundheitsorganisation

Zusammenfassung

Hintergrund und Zielsetzung

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung (Bundesteilhabegesetz – BTHG) ging eine umfassende Novellierung des Neunten Sozialgesetzbuchs einher. Teil I des novellierten SGB IX fasst dabei das für alle Rehabilitationsträger geltende Rehabilitations- und Teilhaberecht zusammen. Dieser erste Teil des SGB IX normiert verbindliche Grundsätze für alle Rehabilitationsträger, die durch ergänzende Verfahrensspezifika in den jeweiligen Leistungsgesetzen ergänzt werden. So finden sich neben Rechtsnormen zur Zuständigkeitsklärung, der Zusammenarbeit zwischen den Trägern und den Leistungsformen auch Vorgaben zur Erkennung und Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) hat dabei den gesetzlichen Auftrag erhalten, die Wirkung der Bedarfsermittlungsinstrumente nach § 13 SGB IX zu untersuchen.

Die Kienbaum Consultants International GmbH wurde in einem Konsortium mit den Professoren Dr. Harry Fuchs und Dr. Matthias Morfeld zur Unterstützung dieses gesetzlichen Auftrags mit Durchführung der vorliegenden Implementationsstudie beauftragt.

Methodik und Projektdesign

Ziel der Implementationsstudie war es zu untersuchen, wie die Rehabilitationsträger die zum 1. Januar 2018 in Kraft tretende Verpflichtung nach § 13 SGB IX zur Verwendung von Instrumenten zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs umsetzen. Dabei sollten auch erste Anhaltspunkte gewonnen werden, ob sich durch den Einsatz der Instrumente bereits eine Vereinheitlichung der Verfahren zur Bedarfsermittlung abzeichnet.

Dabei kam eine Kombination quantitativer und qualitativer Methoden zum Einsatz:

- Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern der Rehabilitationsträger und ihrer Spitzenverbände sowie weiteren relevanten Stakeholdern
- Dokumenten- und Literaturanalyse
- Online-Befragung von Rehabilitationsträgern
- Fallstudien mit Rehabilitationsträgern und ihren Spitzenverbänden
- Workshops mit Expertinnen und Experten in einem trägergruppeninternen Rahmen
- Workshops mit Expertinnen und Experten in einem trägerübergreifenden Rahmen
- Drei Fachtagungen mit allen relevanten Stakeholdergruppen

Zentrale Ergebnisse

Die Krankenkassen als Träger der **gesetzlichen Krankenversicherung** nutzen mit einer Reihe von standardisierten Formularen, Vorgaben und Richtlinien einheitliche Bedarfserkennungs- und Bedarfsermittlungsinstrumente. Aufgrund der großen Unterschiede hinsichtlich der Binnenstruktur der einzelnen Krankenkassen gibt es teilweise unterschiedliche Prozessabläufe in den einzelnen Häusern, die jedoch

grundsätzlich keinen Einfluss auf das einheitliche Vorgehen bei der Bedarfsermittlung haben. Die erste Bedarfsermittlung erfolgt durch Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus oder niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, eine gutachterliche Beteiligung des MDK erfolgt im Rahmen der Stichprobenregelung und im Einzelfall bei bestehenden Zweifelsfragen. Herausforderungen werden von den gesetzlichen Krankenkassen besonders mit dem Thema Datenschutz verknüpft. Bestehende Regelungen erscheinen den Krankenkassen stark hemmend für die eigene Arbeit, sodass aus ihrer Sicht eine zügige Bedarfsermittlung punktuell erschwert wird.

Auch die **Bundesagentur für Arbeit (BA)** nutzt ein breites Spektrum an standardisierten Bedarfsermittlungsinstrumenten. Das „Fachkonzept für Berufliche Rehabilitation und Teilhabe in den Agenturen für Arbeit“ schafft den Rahmen für die Strukturen und Prozesse in den Agenturen vor Ort. Durch verschiedene Prozess- und Verfahrensdigramme und Entscheidungsbäume, die durch die Zentrale und die Regionaldirektionen erstellt wurden, werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor Ort in ihrer Arbeit unterstützt. Von zentraler Bedeutung sind dabei die internen Fachdienste (ÄD, BPS, TBD) mit ihrer (sozial-)medizinischen, psychologischen und technischen Expertise. Insbesondere die weitere Standardisierung der Aktenführung und Dokumentation sind in der BA nach Angaben der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer angestoßen worden.

Die Unfallkassen und Berufsgenossenschaften als Träger der **gesetzlichen Unfallversicherung** verfügen über standardisierte Verfahren und Arbeitsmittel, auch wenn der Umfang augenscheinlich zunächst weniger ausgeprägt ist als bei den anderen Trägern. Die stark individualisierte und bedarfsbezogene Fallorientierung (Reha-Management) spielt dabei eine entscheidende Rolle, was sich auch dadurch zeigt, dass regelmäßige partizipative Gespräche zwischen dem leistungsberechtigten Menschen und dem „Reha-Manager“ im Mittelpunkt des kontinuierlichen Bedarfsermittlungsprozess stehen. Die weitere Aktualisierung und der Ausbau von bestehenden Arbeitsprozessen, beispielsweise in Bezug auf die soziale Teilhabe, sind ein zentrales Thema auf Dachverbands- und Trägerebene.

Auch die Träger der **gesetzlichen Rentenversicherung** verfügen über ein breites Spektrum an standardisierten Instrumenten. Innerhalb der einzelnen Trägerstrukturen sind systematische Arbeitsprozesse (Verwaltungsverfahren) etabliert, die sich im Hinblick auf die individuellen Strukturen und örtlichen Gegebenheiten der Träger unterscheiden. In den letzten Jahren wurden die eingesetzten Arbeitsmittel (Vordrucke und Formulare) zwischen den einzelnen Rentenversicherungsträgern angeglichen. Aktuell wird darüber hinausgehend auch an der Vereinheitlichung einzelner Formulare zwischen Rentenversicherung und Krankenversicherung gearbeitet, die im Sommer 2019 erste Erfolge erzielte. Die Arbeitsprozesse, die bei den Rentenversicherungsträgern zum Einsatz kommen, unterscheiden sich dabei je nach beantragter Leistung (LmR, LTA) erheblich. In der gesetzlichen Rentenversicherung spielt der *interne* sozialmedizinische Dienst eine herausragende Rolle bei der Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs.

Im Hinblick auf die **Zusammenarbeit mit anderen Trägern** bescheinigen alle befragten Akteure, dass diese teilweise und insbesondere auf lokaler bzw. regionaler Ebene gut

funktioniere. Eine Intensivierung des Austauschs wünschen sich dennoch nahezu alle beteiligten Träger, vor allem um noch bestehende Koordinations-, Verfahrens- und Kontakt- bzw. Schnittstellenlücken zu schließen und damit zur Vereinfachung des Prozesses für die Träger und Leitungsempfängerinnen und -empfänger beizutragen.

Die **Einbeziehung der leistungsberechtigten Menschen** bei der Bedarfsermittlung und die Wahrung des Wunsch- und Wahlrechts werden von allen Trägern berücksichtigt. Die konkrete Ausgestaltung dieser Einbeziehung variiert dabei bezogen auf die Träger- und Leistungsgruppen stark. Insbesondere im Reha-Management der Unfallversicherung ist die Einbeziehung sehr ausgeprägt.

Insgesamt sehen die Träger durch den Einsatz neuer Instrumente (wie beispielsweise des Teilhabeplans) und der zunehmenden Ausrichtung dieser am bio-psycho-sozialen Modell, wie auch durch die zunehmende trägerübergreifende Koordination einen neuen Steuerungsaufwand, der weitere Fort- und Weiterbildungsbedarfe sowie eine **personelle Aufstockung** erfordert. Vor dem Hintergrund zusehends größerer **Personalengpässe**, insbesondere beim (sozial-)medizinisch ausgebildeten Personal, sind die Träger in dieser Hinsicht besonders gefordert.

Fazit und Empfehlungen

Im Rahmen der Implementationsstudie hat sich **insgesamt** gezeigt, dass die Rehabilitationsträger die Feststellungen weiterhin überwiegend auf dem vorliegenden Leistungsantrag und damit auf die trägerspezifischen Leistungsvoraussetzungen bezogen vornehmen. Die Grundlage der Bedarfsermittlung bzw. der Feststellung, ob eine Behinderung vorliegt, ist bei allen Trägern zunächst eine **ICD-Diagnose**, die im Laufe des Verfahrens in unterschiedlichem Maße um weitere Entscheidungskriterien angereichert wird. Die Beeinträchtigung der Aktivitäten wird bisher nur teilweise und dann auch nur in sehr knapper und abstrakter Form erhoben und dokumentiert. Inhalt und Aussagefähigkeit bleiben bei den Sozialversicherungsträgern hinter der WHO-Checkliste zurück, die hier als mit geringem Aufwand praktikabel nutzbares Instrument Maßstab sein könnte (Dokumentationsmatrix). Die Nutzung der damit eng verknüpften **ICF**, ihrer Möglichkeiten, aber auch ihre Beschränkungen hinsichtlich der Anwendung im Bereich der Bedarfsermittlung sind bei einer Vielzahl der Träger noch entwicklungsfähig. Zum jetzigen Zeitpunkt sind darüber hinaus noch keine Aktivitäten zur Entwicklung eines trägerübergreifend einheitlichen Dokumentationsverfahrens erkennbar.

Insgesamt ergeben sich aus Sicht des Forschungsnehmers eine Reihe von möglichen Empfehlungen, die in der untenstehenden Grafik zusammenfassend dargestellt sind. Eine ausführliche Erläuterung der Handlungsempfehlungen findet sich in Kapitel 7.

Verbesserung der Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit

- Verbindliche Regelung zur Errichtung regionaler Arbeitsgemeinschaften
- Schaffung von trägerübergreifenden Austausch- und Weiterbildungsangeboten
- Vereinheitlichung der Dokumentations- und Berichtsstandards

Einheitliche Qualität der Bedarfsermittlung

- Entwicklung einer einheitlichen Dokumentationsmatrix für die erforderliche Dokumentation nach § 19 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX durch die BAR

Orientierung am bio-psycho-sozialen Modell und ICF

- Fort- und Weiterbildungsangebote
- Schaffung eines gemeinsamen Standards zur Durchführung „strukturierter Gespräche“ in Form eines Gesprächsleitfadens

Datenschutz

- Gemeinsames Hinwirken auf trägerübergreifende Standards bei der Umsetzung des Datenschutzes

Rechtliche Anpassungen

- Vorleistungspflicht: Überprüfung des in § 24 SGB IX geregelten Ausschluss der allgemeinen Vorleistungspflicht nach § 43 SGB I
- Fristenregelung (§ 14 SGB IX): Prüfung einer Ergänzung um eine Regelung für „Kombi-Anträge“

1. Einleitung

Aus den neuen Vorschriften zur Koordinierung der Leistungen nach dem SGB IX, die zum 1. Januar 2018 in Kraft traten, erwächst die Notwendigkeit, trägerübergreifend nach einheitlichen Maßstäben bei der Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs zusammenzuarbeiten.

Nach § 13 SGB IX werden die Rehabilitationsträger verpflichtet, systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel zu verwenden, aufgrund derer die Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs bei dem jeweiligen Rehabilitationsträger einheitlich und nachprüfbar durchgeführt werden kann. Hierfür wird der Begriff der „Instrumente“ als übergeordnete Bezeichnung für Arbeitsprozesse und Arbeitsmittel genutzt, der auch in diesem Bericht in diesem Sinne einheitlich verwendet wird, sofern nicht anders angegeben. Der Bezug zu den jeweiligen Leistungsgesetzen der Rehabilitationsträger stellt klar, dass die Instrumente nicht in allen Rechtskreisen identisch sein müssen. Die Rehabilitationsträger werden jedoch dazu verpflichtet, Instrumente zur Erhebung des Rehabilitationsbedarfs einzusetzen, die bestimmten Anforderungen genügen. Zu diesen Anforderungen zählen nach Maßgabe des Gesetzes:

„Die Instrumente nach Absatz 1 Satz 1 gewährleisten eine individuelle und funktionsbezogene Bedarfsermittlung und sichern die Dokumentation und Nachprüfbarkeit der Bedarfsermittlung, indem sie insbesondere erfassen,

- 1. ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht,*
- 2. welche Auswirkung die Behinderung auf die Teilhabe der Leistungsberechtigten hat,*
- 3. welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen und*
- 4. welche Leistungen im Rahmen einer Prognose zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich sind.“¹*

Darüber hinaus werden folgende konkrete Anforderungen an diese Instrumente gestellt:

- Die Instrumente sollen eine möglichst nahtlose trägerübergreifende Zusammenarbeit befördern und unterstützen;
- Die Instrumente treffen auch Feststellungen, die dem Teilhabeplan nach § 19 SGB IX und dem Gesamtplan nach § 118 SGB IX zugrunde zu legen sind, sodass auch die in §§ 121 Absatz 4, 19 Absatz 2, 118 Absatz 1 (Beschreibung der Aktivitätenbeeinträchtigungen) und 121 Absatz 4 SGB IX gestellten Anforderungen einzubeziehen sind.
- Es soll geprüft werden, inwiefern sich die Instrumente am bio-psycho-sozialen Modell orientieren können.²

¹ § 13 Abs. 2 SGB IX

² Vgl. Bundestagsdrucksache 18/9522, S. 232ff.

Die Wirkung dieser Instrumente zu untersuchen, ist nach § 13 Absatz 3 SGB IX die Aufgabe des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Das Ministerium hat daher die Kienbaum Consultants International GmbH in einem Konsortium mit Prof. Dr. Harry Fuchs (Hochschule Düsseldorf) und Prof. Dr. Matthias Morfeld (Hochschule Magdeburg-Stendal) damit beauftragt, eine Implementationsstudie der Instrumente nach § 13 SGB IX durchzuführen.

Der vorliegende Abschlussbericht dokumentiert zusammenfassend alle Ergebnisse sowie die durchgeführten Untersuchungen. Er enthält darüber hinaus erste Schlussfolgerungen und Empfehlungen.

Der Abschlussbericht ist wie folgt aufgebaut:

- Kapitel 2 stellt die Zielsetzung und das methodische Vorgehen der Studie in Gänze vor.
- In Kapitel 3 werden die Kernergebnisse der durchgeführten qualitativen und quantitativen Erhebungen im Hinblick auf die Instrumente für Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 SGB IX beleuchtet. Jedem der vier Rehabilitationsträger ist dabei ein eigenes Unterkapitel gewidmet.
- Kapitel 4 fasst die Erkenntnisse in Bezug auf die einheitlichen Maßstäbe nach § 13 Abs. 2 in der Gesamtschau zusammen.
- Kapitel 5 enthält eine zusammenfassende Diskussion der Ergebnisse sowie erste Schlussfolgerungen und Empfehlungen.
- Der Anlagenband enthält:
 - Die Präsentation zur fachlichen Ausgangslage der Implementationsstudie, die im Rahmen des ersten Fachtages im Mai 2018 vorgestellt wurde;
 - Den Gesprächsleitfaden der explorativen Interviews;
 - Den Fragebogen Online-Befragung;
 - Das Konzeptpapier zu den Fallstudien.

2. Auftrag und Zielsetzung

2.1 Ausgangslage

An die Bedarfsermittlung und –feststellung bei Leistungen zur Teilhabe werden durch die aktuellen sozialrechtlichen und –politischen Entwicklungen hohe Ansprüche gestellt. Dabei ist nach wie vor nicht abschließend geklärt, wie der Begriff „Bedarf“ // „Rehabilitationsbedarf“ zu operationalisieren ist. Geklärt sind hingegen die Anforderungen, wie der Bedarf zu erheben ist und welche Anforderungen an den Prozess der Bedarfsermittlung zu stellen sind. Im Mittelpunkt steht dabei der Begriff „funktionsbezogen“. Funktionsbezogen impliziert einen deutlichen Bezug zum bio-psycho-sozialen Modell, welches das Vorliegen einer Behinderung über die Schädigung der Körper- und Sinnesfunktionen definiert und die darauf fußende Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Dies sagt jedoch nach wie vor nichts darüber aus, wie sich die aktuelle Situation der Bedarfsermittlung darstellt. Eine erste Studie – die sogenannte Machbarkeitsstudie – hat in dieser Frage Hinweise für den Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) ermittelt, die einen ersten Überblick geben. Darin wurde der Frage nachgegangen, welche Instrumente zur Bedarfsermittlung von den verschiedenen Akteuren im Verlauf des Rehabilitationsprozesses im Bereich LTA eingesetzt werden und inwieweit sich für die Vielzahl der in der beruflichen Rehabilitation eingesetzten Instrumente Systematisierungsansätze anbieten.

Das BTHG hat verschiedene übergreifende Anforderungen formuliert, die an die Bedarfsermittlung anzulegen sind und somit mit den in diesem Rahmen eingesetzten Instrumenten korrespondieren. So fordert der Gesetzgeber unter anderem eine funktionsbezogene Feststellung des individuellen Rehabilitationsbedarfs (§ 13 SGB IX-2018). Dies bedeutet, dass die „Beurteilung von Teilhabeeinschränkungen [...] grundsätzlich nach dem ‚bio-psycho-sozialen Modell‘ zu erfolgen hat“ (BMAS 2016, 238). Der Bezug dieser eingesetzten Instrumente zur ICF und dem zugrunde liegenden bio-psycho-sozialen Modell der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist bislang weitestgehend ungeklärt.³ Es liegen zwar teilweise Arbeiten vor, in denen eine Zuordnung von z. B. Assessmentinstrumenten zum bio-psycho-sozialen Modell erfolgte⁴ bzw. aufgezeigt wurde⁵, doch für die Mehrheit der in Deutschland verwendeten Instrumente zur Bedarfsermittlung in der Rehabilitation sind diese nicht ausreichend.

Wenn im Folgenden von „Instrument“ gesprochen wird, folgt das Begriffsverständnis den neuen gesetzlichen Grundlagen (§ 13 SGB IX-2018). Im Rahmen einer breiten Definition des Begriffs „Instrument“ werden zu diesen sowohl „systematische Arbeitsprozesse“ (z. B. Erhebungen, Analysen, Dokumentation, Planung und Ergebniskontrolle) als auch

³ Vgl. Wenzel & Morfeld 2016, 2017.

⁴ Vgl. Tate, Godbee, & Sigmundsdottir 2013.

⁵ Vgl. Buchholz, Spies, & Brütt 2015.

„standardisierte Arbeitsmittel“ (z. B. funktionelle Prüfungen (Sehtest, Intelligenztest, Hörtest), Fragebögen und IT-Anwendungen) gezählt (BMAS 2016, 232). Fachlich beispielsweise als „Verfahren“ bezeichnete Ansätze (z.B. sog. „FCE-Verfahren“) werden daher hier ebenso als „Instrument“ gefasst.

Zur Eingrenzung und Aufbereitung des Forschungsgegenstandes wurde zum Projektauftritt dabei eine systematische Literaturrecherche und -analyse im Themenfeld ICF-orientierter Bedarfsermittlung nach dem Neunten Sozialgesetzbuch durchgeführt. Das Ergebnis dieser Recherche wurde im Rahmen des Fachtages am 3. Mai 2018 präsentiert und findet sich im Anhang dieses Berichts.

Ausführliche und umfassende Literatur zum bio-psycho-sozialen-Modell findet sich in Studien zur Allgemeinen Systemtheorie⁶, zu den Ursprüngen in der Biologie⁷ sowie zur Ausformulierung des Modells als Grundlage für die psychosomatische Medizin bei George I. Engel (1977) und bei von Uexküll & Wesiack (1995).

Umfassende Literatur findet sich auch zu den Nutzungsansätzen der ICF in der Verlaufs- und Ergebnismessung

- Cieza, A., Brockow, T., Ewert, T., Amman, E., Kollerits, B., Chatterji, S., ... & Stucki, G. (2002): Linking health-status measurements to the international classification of functioning, disability and health. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 34(5), 205-210
- Farin, E., Fleitz, A., & Follert, P. (2006): Entwicklung eines ICF-orientierten Patientenfragebogens zur Erfassung von Mobilität und Selbstversorgung. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 16(04), 197-211
- Wirtz, M., Müller, E., Böcker, M., Forkmann, T., & Kröhne, U. (2012): Fähigkeitsverankerte und IRT-basierte Analyse von Veränderung von Belastungen von Patienten mit muskuloskelettalen Erkrankungen im Behandlungsverlauf mittels des computeradaptiven Diagnostiksystems RehaCAT. *DRV-Schriften*, Bd, 98, 77-79
- Linden, M., & Baron, S. (2005): Das „Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-P)“. Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen. *Die Rehabilitation*, 44(03), 144-151
- Üstün, T. B. (Ed.). (2010): *Measuring health and disability: Manual for WHO disability assessment schedule WHODAS 2.0*. World Health Organization.

Das Gesetzgebungsverfahren zum BTHG stützt sich für die Entwicklung der Regelungen der Kapitel 3 und 4 des Teils 1 des SGB IX auf die Machbarkeitsstudie:

- Bundesweite Erhebung von Instrumenten zur Bedarfsermittlung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Schubert et al. 2014)

⁶ Vgl. Luhmann in: Gerok 1990, Kriz 1997, Schiepek & Spörkel 1993.

⁷ Vgl. Betalanffy 1968.

Zur rechtlichen Einordnung der Bestimmungen zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs lagen zu Beginn des Forschungsprojekts erst zwei Veröffentlichungen vor: Fuchs, H. 2017, Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs – Auswirkungen des BTHG; Beitrag D50-2017 unter www.reha-recht.de, 10.11.2017– Ergebnis einer Untersuchung des Verfassers im Auftrag des Ministeriums für Soziales und Integration des Landes BW“ sowie „Voruntersuchung als Entscheidungsgrundlage zur Entwicklung eines Instruments zur Ermittlung des Bedarfs im Rahmen der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) im Land Berlin“ von Engel/Beck, März 2018 – www.umsetzungsbegleitung-bthg.de.

Während des Forschungsprojekts erschienen folgende Beiträge:

- Fuchs, H.: Intention des Gesetzgebers zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs nach § 13 SGB IX und Begriffsbestimmung Teil I: Intention des Gesetzgebers hinter altem und neuem Recht, Teil II: Trägerübergreifend einheitliche Mindestanforderungen, Beiträge A 16-20018 und A 17 – 2018 unter www.reha-recht.de
- Engels, D.: ISG, Gibt es neun Lebensbereiche? Teil I und II: Kritische Rückfragen an die ICF-Komponente „Aktivitäten und Teilhabe aus soziologischer Sicht“, Beiträge C1-2019 und C2-2019 unter www.reha-recht.de;
- Rambauser-Haß, T., Bayerlein, M.: Partizipation in der Bedarfsermittlung – Was ändert sich durch das Bundesteilhabegesetz? Teil I u. II Beiträge D28-2018 D29-2018 unter www.reha-recht.de;
- Wagner, W.: Bundesteilhabegesetz und ärztliche Begutachtung. Beitrag C5-2018 unter www.reha-recht.de

2.2 Ziele und Untersuchungsauftrag

Das Forschungsvorhaben basiert auf dem gesetzlichen Auftrag, die Wirkung der Instrumente nach § 13 SGB IX zu untersuchen:

„Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales untersucht die Wirkung der Instrumente nach Absatz 1 und veröffentlicht die Untersuchungsergebnisse bis zum 31. Dezember 2019.“⁸

Basierend auf dieser Maßgabe sollen Erkenntnisse darüber gewonnen werden, wie die Rehabilitationsträger die zum 1. Januar 2018 in Kraft getretene Verpflichtung nach § 13 SGB IX zur Verwendung von Instrumenten zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs umsetzen. Dabei sollen auch erste Anhaltspunkte gewonnen werden, ob der Einsatz der Instrumente bereits erste Wirkungen entfaltet hat.

Die Untersuchung soll einen Einblick in die Implementation von Instrumenten bei den für Leistungen zur Teilhabe zuständigen Sozialversicherungsträgern (Bundesagentur für Arbeit, Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, Rentenversicherung, Unfallversicherung) geben (Implementationsstudie).

⁸ § 13 Abs. 3 SGB IX.

Das Gesetz ermöglicht darüber hinaus auch den Trägern der Eingliederungshilfe und der Kinder- und Jugendhilfe auf ihren eigenen Vorschlag und mit Zustimmung der jeweils zuständigen obersten Landesbehörde an der Studie teilzunehmen:

„Auf Vorschlag der Rehabilitationsträger nach §6 Absatz 1 Nummer 6 und 7 und mit Zustimmung der zuständigen obersten Landesbehörden kann das Bundesministerium für Arbeit und Soziales die von diesen Rehabilitationsträgern eingesetzten Instrumente im Sinne von Absatz 1 in die Untersuchung nach Absatz 3 einbeziehen“.

Im Rahmen einer Sitzung der Länder-Bund-Arbeitsgruppe zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (LBAG BTHG) am 15. März 2018 wurde durch die Länder und die kommunalen Spitzenverbände beschlossen, dass eine Beteiligung der entsprechenden Träger zum damaligen Zeitpunkt noch nicht zielführend war, weil die Instrumente zu diesem Zeitpunkt bei den Trägern der Eingliederungs- und Jugendhilfe erst noch in der Ausarbeitung und Abstimmung waren. Eine Untersuchung der Implementierung wäre Ihrer Ansicht nach deshalb zu früh gewesen. Die grundsätzliche Entscheidung über eine Teilnahme an der Studie oblag jedoch den Eingliederungshilfeträgern selbst.⁹

In Abstimmung mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales fokussiert sich die Implementationsstudie daher auf die Sozialversicherungsträger (§ 6 Absatz 1 Nr. 1 bis 4 SGB IX). Einzelne Träger der Eingliederungshilfe beteiligten sich an ausgewählten Untersuchungsschritten in geringer Anzahl.

Die Untersuchung zur Wirkung der Instrumente soll sowohl den verwaltungsinternen und trägerübergreifenden Informationsaustausch unterstützen (auch auf der Ebene der BAR, z. B. bei der Erarbeitung „Gemeinsamer Empfehlungen“) als auch die Diskussion in der Fachöffentlichkeit über die Instrumente unter Zuhilfenahme wissenschaftlicher Expertise. Hierbei können auf Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse über die Implementierung der Instrumente Hinweise für den Gesetzgeber gewonnen werden, ob und inwieweit die Klassifikation, die Lebensbereiche oder das bio-psycho-soziale Modell der ICF perspektivisch einen einheitlichen Rahmen für die Bedarfsermittlung nach allen Leistungsgesetzen bilden können und sollen.

Rechtliche Einordnung

Grundsätzlich verfolgt § 13 SGB IX das Ziel der trägerübergreifenden Zusammenarbeit und der Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs nach einheitlichen Maßstäben. Die Regelung ist zwar im Kapitel 3 „Erkennung und Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs“ angesiedelt, gleichwohl aber auch wesentliches Element des im Kapitel 4 „Koordinierung der Leistungen“ geregelten Teilhabeplanverfahrens (§ 19 SGB IX), das unter anderem die trägerübergreifende Abstimmung aber auch die Abstimmung mit dem Berechtigten erfordert.

Im Wortlaut des Gesetzes:

⁹ Vgl. Protokoll der LBAG BTHG, Sitzung 15.03.2018, S. 4 (Fassung Stand 20.03.2018).

„Zur einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs verwenden die Rehabilitationsträger systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel (Instrumente) nach den für sie geltenden Leistungsgesetzen. Die Instrumente sollen den von den Rehabilitationsträgern vereinbarten Grundsätzen für Instrumente zur Bedarfsermittlung nach § 26 Absatz 2 Nummer 7 entsprechen. Die Rehabilitationsträger können die Entwicklung von Instrumenten durch ihre Verbände und Vereinigungen wahrnehmen lassen oder Dritte mit der Entwicklung beauftragen.“¹⁰

Einheitlichkeit und Überprüfbarkeit der Ermittlung des Bedarfs

Nach Maßgabe der Vorschrift soll der Rehabilitationsbedarf einheitlich und überprüfbar ermittelt werden. Im Rahmen einer gerichtlichen Überprüfung von Entscheidungen wird eine fehlende oder fehlerhafte Erstellung des Teilhabeplans – wenn die Bedarfsermittlung beispielsweise nicht nach den von der BAR zu erarbeitenden einheitlichen Grundsätzen erfolgt – dahingehend zu würdigen sein, ob die getroffenen Feststellungen zum Bedarf und zu den erforderlichen Leistungen überhaupt verwertbar sind.¹¹

Der Gesetzgeber geht erkennbar davon aus, dass das Ziel der einheitlichen und überprüfbaren Bedarfsermittlung insbesondere über eine möglichst weitgehende Einheitlichkeit der Verwaltungsverfahren und dort eingesetzten Instrumente erreicht werden kann. Die Einheitlichkeit wird neben der organisatorischen Angleichung jedoch insbesondere dadurch gesichert, dass die Inhalte der Verfahren und Instrumente rechtlich und fachlich die nach § 13 Abs. 2 SGB IX zu treffenden Feststellungen in einer einheitlichen Qualität gewährleisten:

„Die Instrumente nach Absatz 1 Satz 1 gewährleisten eine individuelle und funktionsbezogene Bedarfsermittlung und sichern die Dokumentation und Nachprüfbarkeit der Bedarfsermittlung, indem sie insbesondere erfassen,

1. ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht,
2. welche Auswirkung die Behinderung auf die Teilhabe der Leistungsberechtigten hat,
3. welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen und
4. welche Leistungen im Rahmen einer Prognose zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich sind.“¹²

Das Forschungsprojekt hat deshalb im Rahmen der Wirkungsuntersuchung neben den organisationsrechtlichen Anforderungen an die Instrumente (§ 13 Abs. 1 SGB IX) auch die Wirkungen auf die nach § 13 Abs. 2 SGB IX zu treffenden Feststellungen einbezogen.

Zusammenarbeit zur Ermittlung des Bedarfs nach einheitlichen Maßstäben

¹⁰ § 13 Abs. 1 SGB IX.

¹¹ BT-Drs. 18/9522 S. 240.

¹² § 13 Abs. 2 SGB IX.

§ 13 Abs. 1 Satz 1 SGB IX erwartet von den Rehabilitationsträgern, dass sie zur Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs trägerübergreifend nach einheitlichen Maßstäben zusammenarbeiten. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) hat nach § 26 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX gemeinsame Empfehlungen für Grundsätze der Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs nach § 13 SGB IX zu erarbeiten, die unter anderem die einheitlichen Maßstäbe der Zusammenarbeit enthalten sollen. Das Ergebnis dieses Forschungsberichts soll den verwaltungsinternen wie auch den trägerübergreifenden Informationsaustausch auf der Fachebene der BAR unterstützen.

Unabhängig davon müssen diese einheitlichen Maßstäbe fachlich und qualitativ so ausgestaltet werden, dass sie die gemeinsame und einheitliche Grundlage für die nach § 13 Abs. 2 SGB IX zu treffenden Feststellungen bilden.

Das Forschungsprojekt zieht deshalb als Maßstab zur Beantwortung der Forschungsfragen, insbesondere hinsichtlich der Wirkung der neuen Regelungen, im Vorfeld der Grundsätze der BAR unmittelbar die nach dem Wortlaut des § 13 Abs. 2 SGB IX offensichtlichen Anforderungen an die Bedarfsermittlung heran.

Systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel

Nach § 13 Abs.1 Satz 1 SGB IX haben die Rehabilitationsträger systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel (Instrumente) nach den für sie geltenden Leistungsgesetzen zu verwenden.

Nach der Begründung zu § 19 SGB IX steht die Bezeichnung „systematische Arbeitsprozesse“ im Rahmen des trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens für „standardisierte Verwaltungsverfahren“¹³.

Bestandteil solcher systematischer, das heißt regelhafter, Arbeitsprozesse können z. B. sein: Erhebungen, Analysen, Dokumentation, Planung und Ergebniskontrolle. Die Bezeichnung „Arbeitsmittel“ definiert die im Verwaltungsverfahren eingesetzten Organisationsmittel¹⁴, die standardisiert die Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs nach dem bio-psycho-sozialen Modell und einheitlichen Maßstäben für das Verfahren gewährleisten müssen. Arbeitsmittel sind Hilfsmittel, die die Arbeitsprozesse unterstützen, wie z. B. funktionelle Prüfungen (Sehtest, Intelligenztest, Hörtest), Fragebögen und IT-Anwendungen, aber auch Sachverständigengutachten nach § 17 SGB IX.

Die systematischen Arbeitsprozesse (standardisierte Verwaltungsverfahren) und standardisierten Arbeitsmittel (Organisationsmittel auf der Basis einheitlicher Maßstäbe für die Bedarfsermittlung) werden sprachlich in dem Oberbegriff „Instrumente“ für die Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs zusammengefasst. Die Instrumente sind so zu gestalten, dass sie bei allen Trägern als „standardisierte Verwaltungsverfahren“ mit den

¹³ BT-Drs. 18/9522 S. 239.

¹⁴ BT-Drs. 18/9522 S. 232 f.

nach § 19 Abs. 2 SGB IX zu dokumentierenden Inhalten „regulärer Bestandteil der Aktenführung“¹⁵ sind.

Das Forschungsprojekt hat bei allen am Projekt beteiligten Rehabilitationsträgern differenziert und untersucht, welche Instrumente die Träger einsetzen und wie sich diese Instrumente mit Blick auf das Inkrafttreten des BTHG ab dem 1. Januar 2018 entwickelt haben.

Instrumente und trägerspezifische Leistungsgesetze

Die Bezugnahme auf die für die Rehabilitationsträger jeweils geltenden Leistungsgesetze in § 13 Abs. 1 Satz 1, letzter Hs. SGB IX stellt klar, dass die Instrumente, das heißt das Verwaltungsverfahren und die Organisationsmittel, nicht in allen Rechtskreisen identisch sein müssen und können.¹⁶ „Das ist selbsterklärend, da die Verwaltungsverfahren nicht nur Spielraum für evtl. trägerspezifische, über die Anforderungen des Teilhabeplanverfahrens nach dem SGB IX hinausgehende Aspekte aus anderen Leistungsgesetzen (z. B. Spezifika bezogen auf die Erwerbsfähigkeit im SGB VI) enthalten müssen. Die Verwaltungsverfahren müssen insbesondere auch den unterschiedlichen Organisationsformen und Arbeitsablauforganisationen der Träger Rechnung tragen können“.¹⁷

Dessen ungeachtet sind die Instrumente so zu gestalten, dass mindestens die vom Gesetzgeber nach §§ 13 Abs. 2, 19 Abs. 2 SGB IX geforderten Feststellungen und Bestandteile der Aktenführung „als standardisiertes Verwaltungsverfahren“ sowie „nach gleichen Maßstäben“ dokumentiert werden.

Nach § 7 Abs. 2 SGB IX gehen die Vorschriften der Kapitel 2 bis 4 des SGB IX den Bestimmungen in den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen vor. Danach können die Rehabilitationsträger nur dann von den Regelungen zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs in § 13 SGB IX abweichen, wenn dazu in den für sie geltenden Leistungsgesetzen eine abweichende Bestimmung enthalten ist. Dies ist derzeit jedoch in keinem spezifischen Leistungsgesetz der Fall. Für die Träger der Eingliederungshilfe gilt in diesem Zusammenhang insbesondere auch § 118 SGB IX.

¹⁵ BT-Drs. 18/9522 S. 239.

¹⁶ BT-Drs. 18/9522 S. 232.

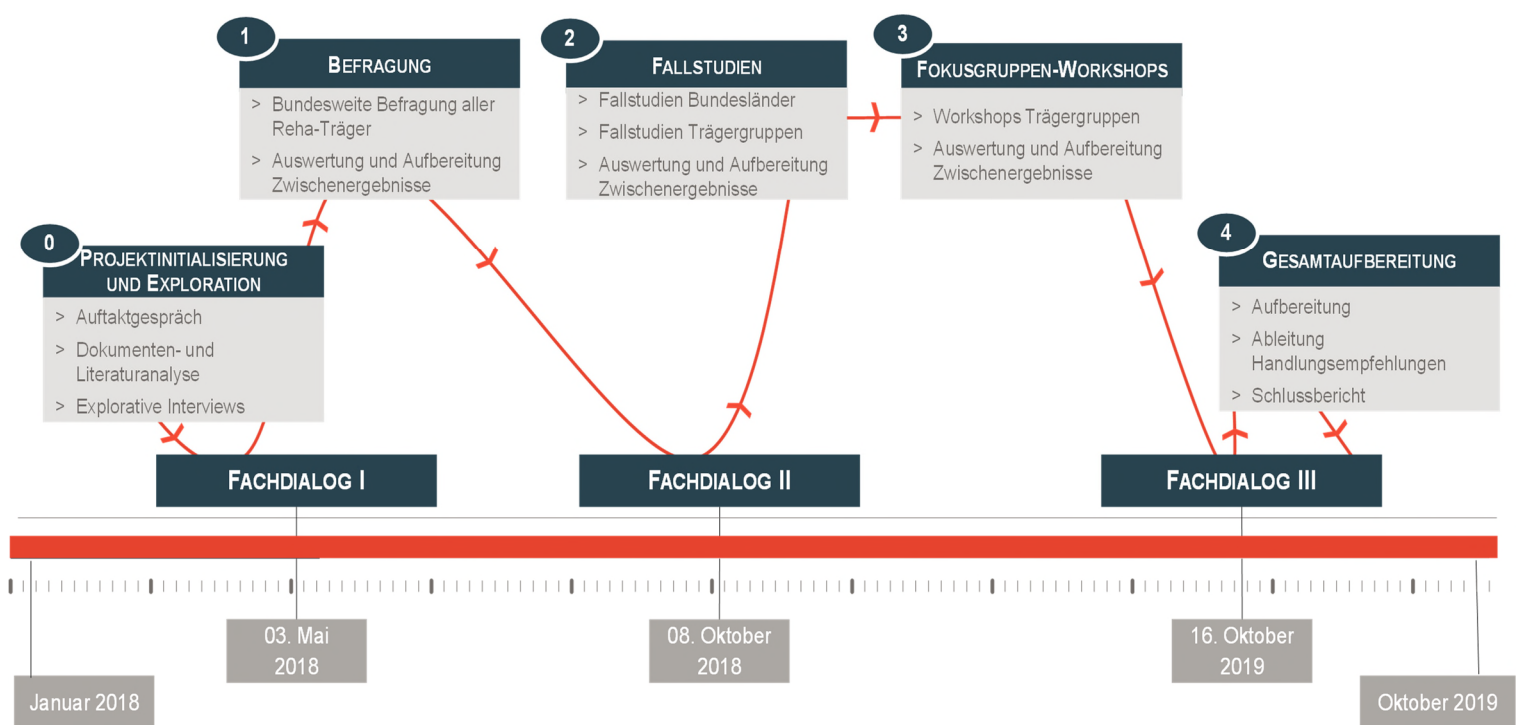
¹⁷ Fuchs 2018.

2.3 Projektdesign und methodisches Vorgehen

Aufbauend auf diesem Verständnis der Ziele und Aufgabenstellung basierte das Vorgehen auf dem mixed-method Ansatz, also aus einer Kombination aus quantitativen und qualitativen Methoden. Dabei wurden die quantitativen Methoden vor allem dann eingesetzt, wenn es darum ging, Situationen, Strukturen, Zielerreichung sowie Wirkungen auf Basis von Daten, Zahlen und Fakten darzustellen. Die qualitativen Elemente kamen vornehmlich dann zum Einsatz, wenn aktuelle Situationen bewertet und eingeschätzt bzw. Chancen und Risiken aufgezeigt sowie ein Ausblick auf zukünftige Entwicklungen gegeben werden sollte.

Das rahmende Projektdesign legte dabei großen Wert auf die Erhebung und Einbeziehung der Perspektiven und Hinweise der beteiligten einzelnen Akteure. Der gesamte Erhebungsprozess und seine einzelnen Bausteine wurden möglichst interaktiv und iterativ gestaltet. Die Abbildung auf der folgenden Seite stellt das Projektdesign im Überblick dar:

Abbildung 1: Projektdesign im Überblick



Phase 0: Projektinitialisierung und Exploration

Zu Beginn des Forschungsprojekts wurden zunächst die Exploration und die Projektinitialisierung vertieft. Ziel war es, die inhaltlichen Fragestellungen, definitorischen Grundlagen, Rahmenbedingungen und Vorgehensweisen der Studie final abzugrenzen und eine darauf abgestimmte Feinplanung zu erstellen. Im Rahmen dieser Phase fand dabei ein [Auftrittsgespräch](#) mit dem BMAS statt. Zudem wurde eine vertiefte [Dokumenten- und Literaturanalyse](#) durchgeführt.

Zentraler Bestandteil dieser Phase war darüber hinaus die Durchführung von insgesamt [31 explorative Interviews](#) mit Expertinnen und Experten aus allen Trägerbereichen und weiteren relevanten Stakeholdern. In den telefonischen Gesprächen, die zwischen Februar und Mai 2018 stattfanden, wurden unter anderem folgende Themen diskutiert:

- Grundsätzliche Einschätzung zum § 13 SGB IX
- Status Quo
- Änderungsbedarf in Bezug auf die angewandten Instrumente
- Austausch und Kommunikation zwischen den Träger(-gruppen)
- Erwartungen an die Studie

Den Abschluss der Explorationsphase markierte die erste Fachtagung mit den Expertinnen und Experten aus den explorativen Interviews, die am 3. Mai 2018 in den Räumlichkeiten des BMAS in Berlin abgehalten wurde. Neben den ersten Ergebnissen, die sich aus den verschiedenen Gesprächen ergeben haben, wurde dem Fachpublikum darüber hinaus auch das Forschungsvorgehen inklusive der Zeitplanung vorgestellt und die erste Diskussion der grundlegenden Forschungsfragen und ersten Erkenntnisse angestoßen.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer und die durch sie vertretenen Einrichtungen wurden auch dazu eingeladen, sich an den folgenden Erhebungsschritten zu beteiligen und für eine breite Beteiligung bei ihren Schwestereinrichtungen zu werben.

Phase 1: Befragung

Die relevanten Ergebnisse der Explorationsphase und der Diskussion der ersten Fachtagung bildeten die Grundlage für die Entwicklung des Fragebogens für die bundesweite Befragung der Rehabilitationsträger in der Phase „Befragung“.

Zielsetzung dieses methodischen Bausteins war die quantitative Befragung möglichst aller Rehabilitationsträger (Vollerhebung) durch eine Online-Befragung. Die Befragung gliederte sich dabei in Fragenblöcke zu den Themen:

- Hintergrundinformationen
- Arbeitsprozesse und Arbeitsmittel
- Einheitliche Maßstäbe
- Zusammenarbeit mit anderen Trägern
- Dokumentation und Datenaustausch
- Abschlussfragen

Der Fragebogen befindet sich im Anhang dieses Berichts.

Nach der Finalisierung und Abstimmung des Fragebogens mit dem Auftraggeber wurde dieser einem Pretest unterzogen. Zweck dieses Pretests war es, die inhaltliche Verständlichkeit der Fragebögen insgesamt und der einzelnen Fragen sowie die Angemessenheit und Vollständigkeit der Antwortkategorien bei der Zielgruppe zu überprüfen. Dabei werden die Befragten des Pretests aufgefordert, die einzelnen Fragen zu kommentieren.

An diesem Pretest nahmen dabei Vertreterinnen und Vertreter aus im Folgenden aufgezählten Akteursgruppen teil:

- GKV-Spitzenverband sowie Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene, Kassenarztverbände und einige Krankenkassen
- Deutsche Rentenversicherung Bund und Westfalen
- Zentrale der Bundesagentur für Arbeit
- DGUV und einige Unfallversicherungsträger
- BIH sowie ein zuständiges Landesministerium für die Kriegsopferversorge und -Versorgung
- Ein Landesjugendamt
- Eine oberste Landesbehörde als Aufsichtsbehörde über die Träger der Eingliederungshilfe des entsprechenden Bundeslandes

Die Befragung wurde mittels der Befragungssoftware Exavo SurveyStudio© durchgeführt und fand im Zeitraum vom 2. Juli bis 2. September 2018 statt.

Die Einladung zur Teilnahme wurde über den GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene, Kassenartverbände, die DGUV und die Zentrale der Agentur für Arbeit an die jeweiligen Rehabilitationsträger verteilt. Direkt angeschrieben wurden darüber hinaus alle Rentenversicherungsträger sowie die Landesversorgungsämter (KOV/KOF), Landesjugendämter und einige oberste Landesbehörden bzw. überregionale Träger der Eingliederungshilfe mit der Bitte, die Befragung an die jeweiligen lokalen bzw. regionalen Träger weiterzuleiten.

Die Befragten bzw. deren übergeordnete Einrichtungen erhielten einen Link zur Befragung und wurden während der Befragungslaufzeit mindestens durch einen weiteren Reminder dazu aufgefordert, sich an der Befragung zu beteiligen.

An der Online-Befragung nahmen insgesamt 960 Beschäftigte der Rehabilitationsträger teil, die sich sehr unterschiedlich auf die verschiedenen Trägergruppen verteilten:

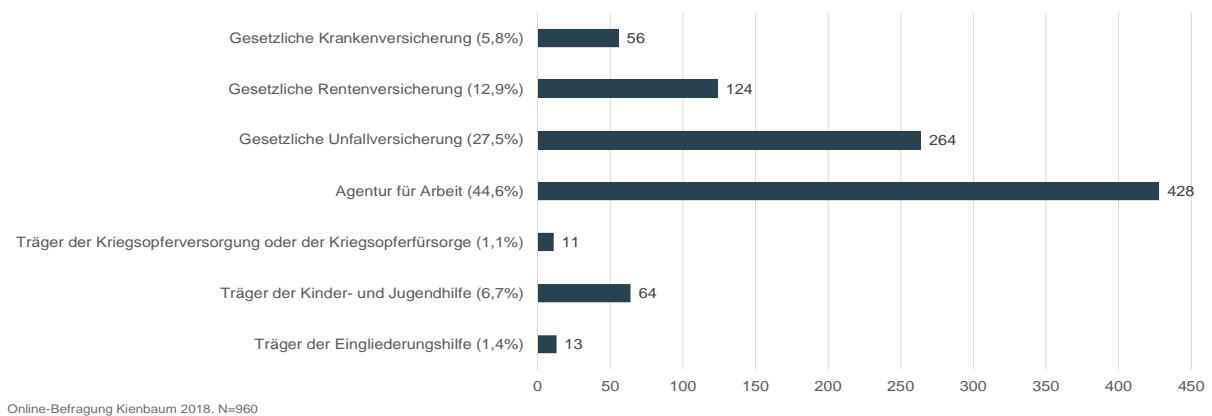


Abbildung 2: Teilnehmer an der Online-Befragung nach Trägergruppen

Die zurückhaltende Beteiligung der Träger der KOV/KOF, Kinder- und Jugendhilfe und Eingliederungshilfe erklärt sich durch die zuvor skizzierte Entscheidung der LBAG BTHG, eine Beteiligung an der Studie nicht zu empfehlen. In Bezug auf die Krankenkassen sind die großen strukturellen Unterschiede zwischen den einzelnen Einrichtungen (beispielsweise kleine geschlossene, betriebsbezogene Betriebskrankenkassen mit wenigen tausend Versicherten bzw. große, bundesweit-geöffnete Ersatzkassen mit mehreren Millionen Versicherten) ein Aspekt, der sich sicherlich auch im Rücklauf widerspiegelt.

Auch in Bezug auf die funktional-organisatorische Zuordnung der beteiligten Personen ergibt sich eine sehr unterschiedliche Verteilung, wie Abbildung 3 zu entnehmen ist:

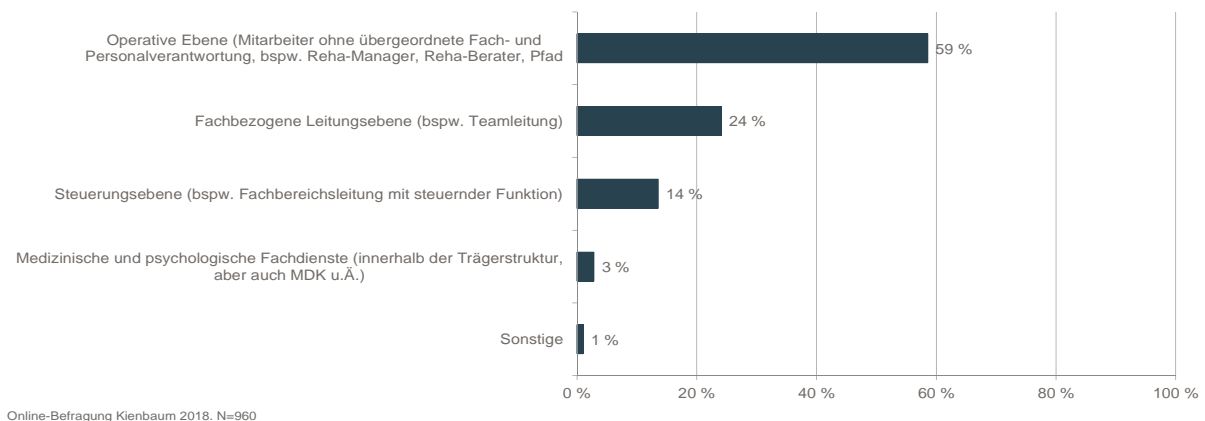


Abbildung 3: Teilnehmer an der Online-Befragung nach funktionalen Gruppen

Etwa 60 Prozent der Antwortenden ordnet sich der operativen Ebene zu, ein knappes Viertel der fachbezogenen Leitungsebene und 14 Prozent der Steuerungsebene. Nur wenige Befragte kommen aus den medizinischen bzw. psychologischen Fachdiensten (3 Prozent) oder ordnen sich keiner der zuvor genannten Gruppen zu (1 Prozent). Auf die Verteilung der funktionalen Gruppen bei den einzelnen Trägern wird in den jeweiligen Unterkapiteln noch einmal eingegangen.

Die nachfolgende Abbildung fasst das methodische Vorgehen bei der Online-Befragung zusammen:



Abbildung 4: Methodischer Rahmen der Online-Befragung (Phase 1)

Die Ergebnisse der Befragung wurden im Anschluss grafisch aufbereitet und intern ausgewertet. Auf der zweiten Fachtagung, die am 8. Oktober 2018 erneut in den Räumlichkeiten des BMAS in Berlin stattfand, wurden ausgewählte Ergebnisse dem Fachpublikum vorgestellt und diskutiert. Wie bereits auf der vorherigen Fachtagung wurde das methodische Vorgehen für die kommende qualitative Erhebung präsentiert und die Teilnehmerinnen und Teilnehmer um Beteiligung und Weitergabe der Einladung gebeten.

Phase 2: Fallstudien

Ziel der anschließenden Fallstudien war die qualitative Validierung und Konkretisierung der Ergebnisse der quantitativen Befragungen sowie die Identifikation von Erfolgsbedingungen bzw. Herausforderungen bei der Rehabilitationsbedarfsermittlung. Mit dem qualitativen Erhebungsinstrument der Fallstudien wurden im Schwerpunkt jeweils ausgewählte Organisationen der Trägergruppen des § 6 Absatz 1 Nr. 1 bis 4 SGB IX untersucht.

Insgesamt konnten 22 Träger, Verbände und verbundene Einrichtungen für die Teilnahme an den Fallstudien gewonnen werden. Die Fallstudien wurden dabei im Zeitraum von Dezember 2018 bis Mai 2019 durchgeführt.¹⁸ Die folgende Abbildung fasst die teilnehmenden Einrichtungen zusammen:

¹⁸ Eine Fallstudie wurde krankheitsbedingt im Juni 2019 nachgeholt.

Trägergruppe	Träger
BA	Agentur für Arbeit Bautzen
	Agentur für Arbeit Erfurt
	Agentur für Arbeit Neuwied
	Agentur für Arbeit Siegen
	Agentur für Arbeit Verden
EGH	LK Sonneberg
KV	eine AOK
	SVLFG (als Landwirtschaftliche Krankenkasse)
	GKV Verbände
	MDK I
	MDK II
RV	DRV Braunschweig Hannover
	DRV Bund
	DRV Regionalträger
	DRV Rheinland
	Knappschaft-Bahn-See
UV	Arbeitsgruppe der BGW
	BG Bauwirtschaft
	BG Wohlfahrtspflege
	DGUV
	Unfallkasse Nord
	Verwaltungs-Berufsgenossenschaft

19

Abbildung 5: Teilnehmende Einrichtungen an den Fallstudien

Bei der Durchführung der Fallstudien wurde dabei im Regelfall etwa ein Tag bei dem jeweiligen Träger, dem Verband oder der Einrichtung verbracht. Zunächst haben wir halbstrukturierte Tiefeninterviews mit relevanten Expertinnen und Experten geführt, wodurch ein vertieftes Verständnis des individuellen Sachstandes vor Ort und der spezifischen Herausforderungen generiert werden konnte. Im Anschluss daran wurden auf Trägerebene prototypische Fallbeispiele diskutiert, um sowohl die inhaltliche als auch prozessuale Vorgehensweise zur Bedarfsermittlung abzufragen. Bei den Fallstudien, die auf Verbands- bzw. Arbeitskreisebene durchgeführt wurden, wurde insbesondere über die übergeordneten Verfahren und Prozesse diskutiert, die vor allem die Änderungen und (Weiter-)Entwicklung an gemeinschaftlich genutzten Arbeitsmitteln, Vordrucken und Formularen beinhalten.

Die nachfolgende Abbildung fasst das methodische Vorgehen der Phase 2 „Fallstudien“ noch einmal überblicksartig zusammen:

¹⁹ Hinweis zur SVLFG: Bei Teilnahme der SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse sind auch die Besonderheiten der SVLFG als eigenständiges Verbundsystem mit drei Rehabilitationsträgern (Landwirtschaftliche Krankenkasse, Landwirtschaftliche Alterskasse und Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft) eingeflossen.



Ansatzpunkt

- Mit dem qualitativen Erhebungsinstrument der Fallstudien betrachteten wir im Schwerpunkt jeweils ausgewählte Organisationen der Trägergruppen nach § 6 Abs. 1 Nr. 1-4 SGB IX
- Im Fokus stand dabei die qualitative Konkretisierung der Bedarfsermittlungspraxis und der standardisierten Dokumentation auch auf Basis der Erkenntnisse der bundesweiten Befragung



Fragestellungen

- Wie sind Prozesse und Arbeitsmittel im Bedarfsermittlungsprozess organisiert?
- Wie läuft der Prozess der Bedarfsermittlung ab? Wie wird der Prozess dokumentiert?
- Welche Akteure sind am Prozess beteiligt? Wie ist die zeitliche Strukturierung?
- Welche Arbeitsmittel werden genutzt und wie kommen sie zum Einsatz?



Zeitraum der Durchführung:

Dezember 2018 – Mai 2019

Beteiligte Akteure:

4 Einrichtungen der GKV, 5 Träger der DRV, 6 Träger der UV, 5 Agenturen für Arbeit, 1 Träger der EGH, die SVLFG

Abbildung 6: Methodischer Rahmen der Fallstudien (Phase 2)

Die Ergebnisse der Fallstudien wurden für das BMAS in Form eines PowerPoint-Zwischenberichts aufbereitet und diskutiert.

Phase 3: Fokusgruppen-Workshops

Die letzte Erhebungsphase diente der Diskussion und Validierung der gewonnenen Erkenntnisse mit der Fachöffentlichkeit, der Entwicklung von Handlungsempfehlungen und Skizzierung von Handlungsfeldern mit den verschiedenen Trägergruppen. Über die Spitzen- bzw. Dachverbände der Sozialversicherungsträger wurden dabei alle Trägergruppen nach § 6 Abs. 1 Nr. 1-4 SGB IX zur Durchführung eines [trägergruppeninternen Validierungs-Workshops](#) eingeladen. Dieser Einladung sind alle vier Trägergruppen gefolgt, sodass insgesamt fünf Workshops durchgeführt wurden:

- Am 5. Juni 2019 mit den Trägern der Rentenversicherung (Ärzte) in den Räumlichkeiten der DRV Schwaben in Augsburg;
- Am 12. Juni 2019 mit den Verbänden und Trägern der Gesetzlichen Krankenversicherung in den Räumlichkeiten des GKV-Spitzenverbandes in Berlin;
- Am 1. August 2019 mit den Trägern und Verbänden der Unfallversicherung in den Räumlichkeiten der DGUV in Berlin;
- Am 9. August 2019 mit den Trägern der Rentenversicherung (Verwaltung) in den Räumlichkeiten der DRV Bund in Berlin;
- Am 15. Oktober 2019 mit der Bundesagentur für Arbeit in den Räumlichkeiten des Forschungsnehmers in Berlin.

Im Rahmen dieser Validierungs-Workshops wurden den jeweiligen Teilnehmerinnen und Teilnehmern die individuellen und aggregierten Ergebnisse aller bisherigen Erhebungsphasen für ihren Trägerzweig vorgestellt und anschließend diskutiert und validiert. Abschließend wurden auch erste Entwicklungs- und Handlungsfelder in Bezug auf die Trägerlandschaft im Allgemeinen präsentiert und die Eindrücke der Träger aufgenommen.

Abschließend wurden im Rahmen einer offenen Einladung alle bisherigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer der qualitativen Erhebungsphasen²⁰ sowie interessierte Beschäftigte anderer

²⁰ Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der explorativen Interviews und die teilnehmenden Einrichtungen an den Fallstudien.

Rehabilitationsträger zu einer letzten **trägergruppenübergreifenden Workshopreihe** eingeladen, auf der insbesondere das Thema trägerübergreifende Zusammenarbeit diskutiert wurde. Die halbtägigen Workshops fanden wie folgt statt:

- Am 5. September 2019 mit Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Trägerbereiche GKV, DRV, BA und UV in Düsseldorf;
- Am 11. September 2019 mit Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Trägerbereiche GKV, DRV, BA, UV und EGH in Berlin;
- Am 12. September 2019 mit Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Trägerbereiche GKV, DRV und UV in München.

Ziel dieser Workshopreihe war es, aktuelle Entwicklungen, Herausforderungen und Best-practice-Ansätze im Hinblick auf die trägerübergreifende Zusammenarbeit und den Austausch aufzuzeigen und erste Handlungsempfehlungen abzuleiten.

Phase 4: Gesamtaufbereitung

In der Schlussphase wurden alle Erkenntnisse zusammengetragen und verbunden mit den Reflektionen aus dem Schlussteil der vorherigen Arbeitsphase zu einem einheitlichen Forschungsergebnis zusammengestellt.

Der Forschungsbericht wurde den Spitzenverbänden zur finalen Durchsicht und Kommentierung zur Verfügung gestellt und im Anschluss daran finalisiert. Mit der Vorlage des Berichts endete das Forschungsprojekt.

3. Ergebnisse der Datenerhebung

3.1 Die gesetzlichen Krankenkassen

3.1.1 Hintergrund und methodische Hinweise

Laut dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) werden in Deutschland rund 72 Millionen Versicherte von einer gesetzlichen Krankenkasse versorgt. Dies entspricht rund 90 Prozent der in Deutschland lebenden Bevölkerung. Dabei verteilt sich die Mehrheit der Versicherten auf wenige große gesetzliche Krankenkassen, wobei mit der Einführung der freien Kassenwahl, die zum 1. Januar 1997 in Kraft trat, ein Wechsel der gesetzlichen Krankenkasse für die Versicherten möglich ist. Insgesamt operieren in Deutschland derzeit 109 gesetzliche Krankenkassen, wobei die Anzahl in den letzten zehn Jahren weiter rückläufig war. Dieser Rückgang ist unter anderem auch auf weiter stattfindende Fusionen von gesetzlichen Krankenkassen zurückzuführen. Seit dem Jahr 2008 werden die gesetzlichen Krankenkassen von dem neu geschaffenen GKV-Spitzenverband auf Bundesebene vertreten, soweit es dessen Aufgaben betrifft.

Die gesetzlichen Krankenkassen sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung und führen die ihnen staatlich zugewiesenen Aufgaben – die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen und den Gesundheitszustand zu verbessern – eigenverantwortlich durch. Grundsätzlich sind die gesetzlichen Krankenkassen sogenannten Kassenarten zugeordnet, wobei bei jeder Kassenart bestimmte Struktur- und Organisationsformen vorrangig sind und wichtige Aufgaben durch einen entsprechenden Landes- und Bundesverband für die gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden. Darunter fällt insbesondere die Aushandlung

von Verträgen mit den kassenärztlichen Vereinigungen sowie den Krankenhäusern des jeweiligen Bundeslands gemäß § 72 Abs. 2 SGB V.

Die gesetzlichen Krankenkassen sind nach § 6 SGB IX einer der zentralen Rehabilitationsträger. Zu ihren Leistungsgruppen zählen nach § 5 SGB IX Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen für Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen.

Im Rahmen dieser Implementationsstudie wurden hinsichtlich der gesetzlichen Krankenkassen neben einer ausführlichen Dokumenten- und Literaturanalyse elf explorative Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen und deren Verbände durchgeführt.

An der bundesweiten Befragung nahmen insgesamt 56 Vertreter teil. Abbildung 7 zeigt auf, dass die Befragten dabei zu etwa 80 Prozent mehrheitlich die steuerungs- und fachbezogene Leistungsebene ihrer jeweiligen gesetzlichen Krankenkassen repräsentierten.

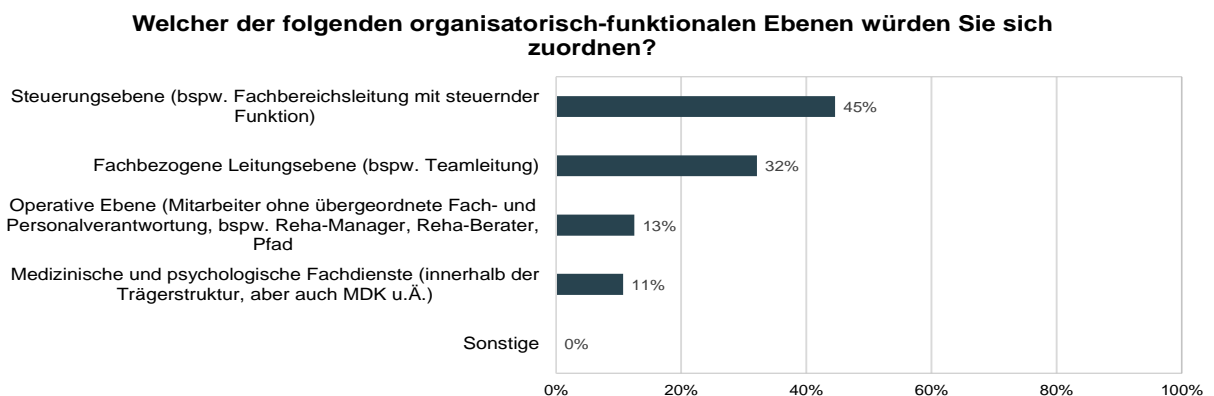


Abbildung 7: Zuordnung der Befragten auf der organisatorisch-funktionalen Ebene (KV)

Die Ergebnisse der Befragung wurden anschließend durch Fallstudien noch einmal konkretisiert. An diesen beteiligten sich zwei Krankenkassen, zwei Medizinische Dienste der Krankenkassen (MDK), der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene. Auf einem Validierungsworkshop im Juni 2019 mit 13 Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurden die Ergebnisse der vorherigen Erhebungsphasen mit ausgewiesenen Expertinnen und Experten der gesetzlichen Krankenkassen kritisch reflektiert und weiter konsolidiert.

Die folgenden Ergebnisse resultieren aus diesem methodischen Vorgehen.

3.1.2 Ausgangssituation

Laut Mitteilung des GKV-Spitzenverbandes und den Verbänden der Krankenkassen vom 2. Mai 2017 bestanden im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung bereits vor Inkrafttreten des ersten Teils des BTHG ab dem 1. Januar 2018 systematische Arbeitsprozesse zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs. Insbesondere der Vordruck „Muster 61“, welcher grundsätzlich dem vierstufigen Aufbau der einheitlichen Maßstäbe nach § 13 SGB IX folgt, ist eines der zentralen Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs bei den gesetzlichen Krankenkassen.

Die systematischen Arbeitsprozesse, z. B. erforderliche Erhebungen, Analysen und schriftliche Dokumentationen als Grundlage eines standardisierten Verwaltungsverfahrens, basieren unter anderem auf den Vorgaben der Rehabilitations-Richtlinie, der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge

und Rehabilitation sowie der Stichprobenregelung nach § 275 Absatz 2 Nr. 1 SGB V. Diesbezüglich sollte somit im Regelfall die Notwendigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V vor der Bewilligung durch den MDK bei aus medizinischer Sicht schwierigen Fällen und darüber hinaus stichprobenartig geprüft werden. Internen Angaben des MDS zufolge wurden so im Jahr 2017 über 500.000 Stellungnahmen nach Einzelanlässen zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erstellt.

3.1.3 Instrumente (Arbeitsprozesse und Arbeitsmittel)

Ausgangspunkt des Reha-Prozesses ist ein Gesundheitsproblem (Krankheit, Gesundheitsstörung, Verletzungen oder Vergiftungen), das eine potenzielle Behinderung oder Pflegebedürftigkeit zur Folge haben kann. Gemäß den Angaben in der Online-Befragung wird bei den gesetzlichen Krankenkassen der Prozess am häufigsten durch den behandelnden Arzt im Krankenhaus oder im ambulant niedergelassenen Bereich ausgelöst. In der Praxis stellen die Verordnung „Muster 61“ und der Ärztliche Befundbericht „Anschlussrehabilitation“ ein Bedarfserkennungs-/Bedarfsfeststellungsinstrument dar, über welches der behandelnde Arzt den Versicherten partizipativ an der Bedarfsermittlung und der Bestimmung der Rehabilitationsziele beteiligt. Mit dem Anstoß einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation über das Verfahren der Anschlussrehabilitation (AHB) oder aus der vertragsärztlichen Behandlung heraus ist nach dem Verständnis der GKV eine Antragstellung des leistungsberechtigten Menschen verbunden. Im Hinblick auf die Anerkennung bei anderen Trägern führt dies teilweise zu Schwierigkeiten, da die Verordnungsvordrucke nicht durch den versicherten Menschen selbst unterschrieben werden. Darüber hinaus erfolgt im Rahmen der Pflegebegutachtung die Prüfung des Bedarfs an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Liegt eine positive Rehabilitationsempfehlung vor und stimmt der Versicherte zu, dass die Pflegekasse die Empfehlung an den zuständigen Rehabilitationsträger (i.d.R. die Krankenkasse) weiterleitet, gilt dies als Antragstellung.

Mögliche Auslöser des Prozesses sind in der folgenden Darstellung abgebildet.

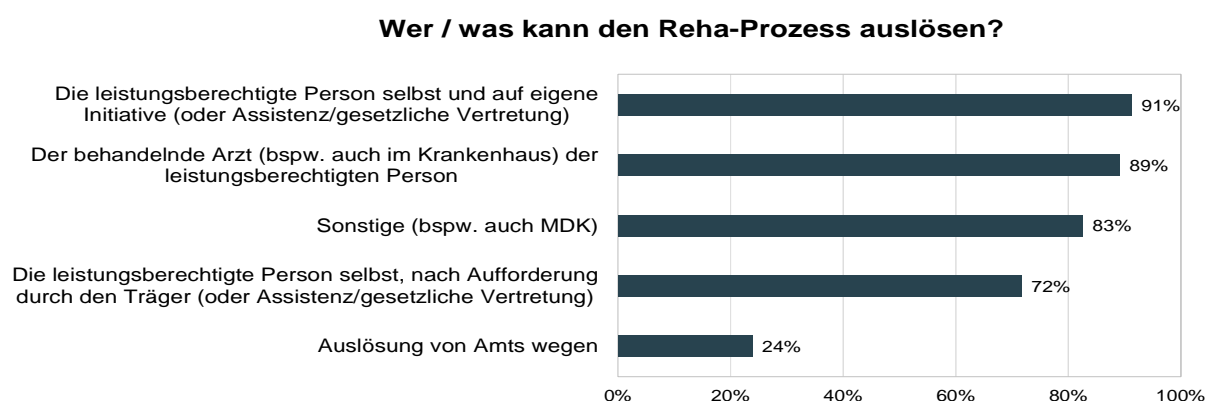


Abbildung 8: Auslöser des Reha-Prozesses (KV)

In der folgenden Abbildung 9 wird ein stark vereinfachter Prozess unter Bezugnahme auf Befragungsergebnisse dargestellt:



Abbildung 9: Vereinfachte Darstellung des Rehabilitationsbedarfsermittlungsprozesses einer Krankenversicherung (KV)

Feststellung, ob eine Behinderung vorliegt

Die Feststellung, ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht, wird primär von externem ärztlichem Personal, Ärzten in den Krankenhäusern sowie im niedergelassenen Bereich sowie unter anderem durch den MDK im Rahmen der Pflegebegutachtung getroffen. Ergänzend erfolgt gegebenenfalls eine Feststellung auch durch Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter der entsprechenden gesetzlichen Krankenversicherungen. Aus Abbildung 10 ist ersichtlich, dass ein externer Arzt, wie beispielsweise der MDK oder ein anderer externer ärztlicher Gutachter, mit 84 Prozent am häufigsten und somit im Regelfall an der Feststellung einer Behinderung beteiligt ist. Die Heranziehung des MDK zur Begutachtung von Anträgen auf Rehabilitation erfolgt nach der Richtlinie der MDK-Stichprobenprüfung nach § 275 Abs. 2. Nr. 1 SGB V, die als Zufallsstichprobe jeden vierten Fall in der Reihenfolge des Eingangs der Anträge auf Rehabilitation (Stichprobenregelung) und medizinisch schwer zu beurteilenden Fällen zur Begutachtung vorsieht. Nach Aussagen der Befragten

in den Fallstudien werden in der Praxis circa ein Viertel aller eingehenden Anträge auf Rehabilitation bei den gesetzlichen Krankenkassen vom MDK geprüft.²¹ Eine grundsätzliche Ermittlung des Rehabilitationsbedarfes durch den MDK ist momentan gesetzlich nicht vorgesehen.

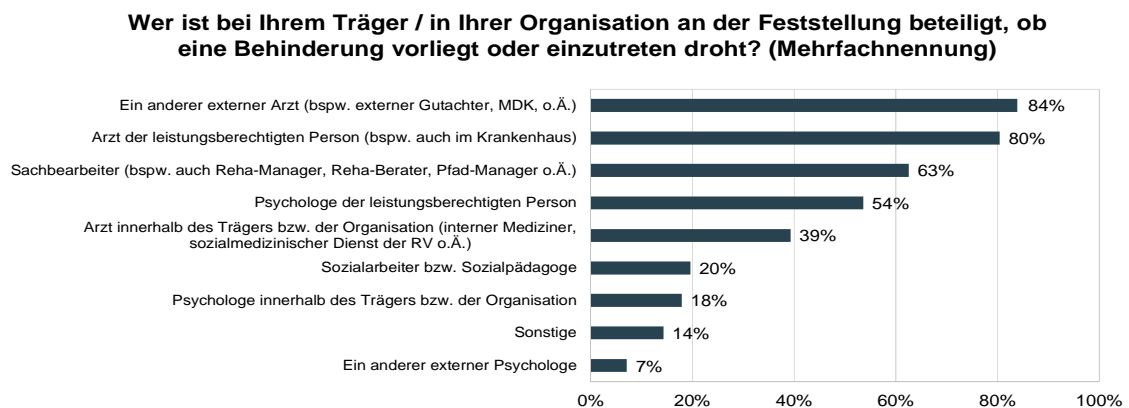


Abbildung 10: Beteiligte Akteure bei der Feststellung, ob eine Behinderung vorliegt oder eintreten droht (KV)

Basis der Feststellung, ob eine Behinderung vorliegt oder eintreten droht, sind insbesondere die Diagnose (ICD), die mit einer nicht kurzfristig absehbaren Wiederherstellung bzw. Genesung verbunden ist, sowie die Feststellung von Schädigungen der Körperfunktionen und –strukturen (ICF). Ebenfalls berücksichtigt in dem Feststellungsprozess werden nach der Abbildung 11 die Feststellung der Beeinträchtigungen der Aktivitäten (71 Prozent der Befragten) sowie die Feststellung bestehender oder drohender Beeinträchtigungen der Teilhabe (70 Prozent der Befragten). Eine konkrete Feststellung der Kontextfaktoren erfolgt hingegen bisher nur in 63 Prozent der Fälle. Nach Angaben der Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer seien die Zusammenhänge des bio-psycho-sozialen Modells und der ICF den Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeitern der Krankenkassen bekannt, auch wenn nicht immer in der „Sprache“ der ICF dokumentiert würde.

²¹ Vgl. Richtlinie über Umfang und Auswahl der Stichproben bei der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und Ausnahmen davon nach § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V (Richtlinie MDK-Stichprobenprüfung); vgl. Protokolle aus den Fallstudien mit gesetzlichen Krankenversicherungen.

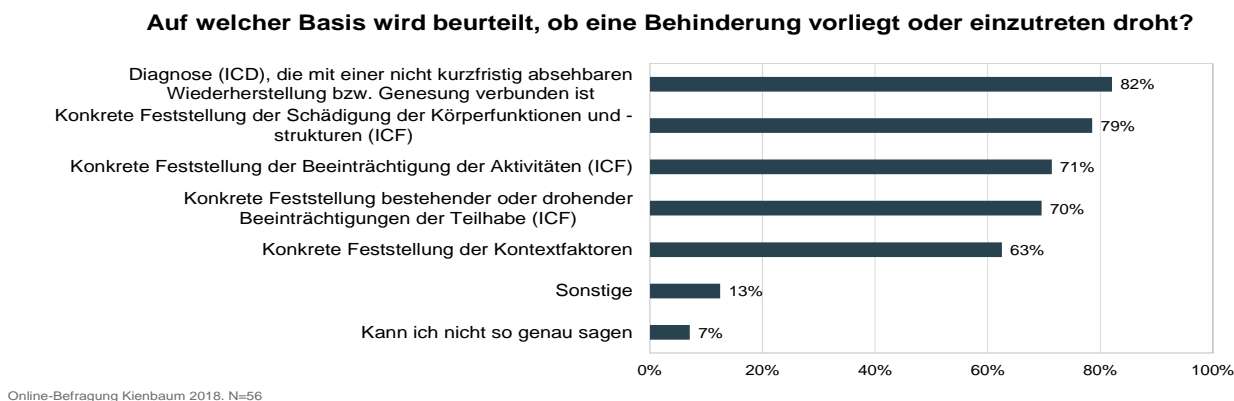


Abbildung 11: Basis der Beurteilung, ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht (KV)

In Abbildung 12 wird aufgezeigt, dass die von den gesetzlichen Krankenkassen genutzten Informationen und Daten für die Bedarfsermittlung fast ausschließlich auf den erhaltenen medizinischen Unterlagen beruhen, wie beispielsweise den eingesetzten Vordrucken und Formularen, die von den niedergelassenen Ärzten, Krankenhausärzten oder dem MDK genutzt und mittels eigener Aktenführung dokumentiert werden. Die Fallstudien zeigen, dass die Dokumentation und Aktenführung zu einem großen Teil noch in Papierform stattfindet, eine digitale Dokumentation aber immer öfter erfolgt. Das partizipative Gespräch zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und dem leistungsberechtigten Menschen wird nach eigenen Angaben zum gegenwärtigen Zeitpunkt in 61 Prozent der Fälle genutzt.

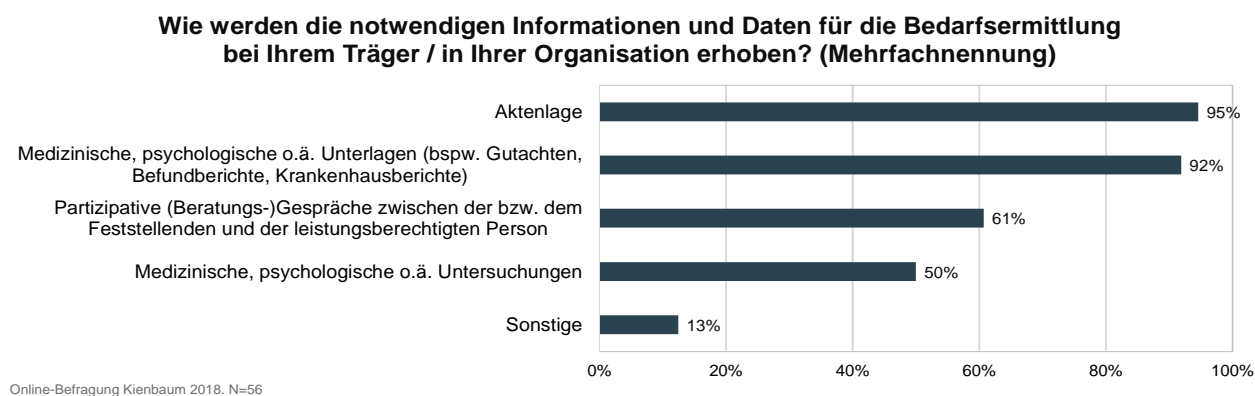


Abbildung 12: Erhebung von Informationen und Daten für die Bedarfsermittlung (KV)

Beurteilung, welche Auswirkung die Behinderung auf die Teilhabe der Leistungsberechtigten hat

Auch die Beurteilung der tatsächlichen individuellen Teilhabeeinschränkungen erfolgt zumeist durch externes ärztliches Personal. Durch den Vergleich von Abbildung 10 und Abbildung 13 wird ersichtlich, dass externes medizinisches Personal für die Feststellung einer Behinderung sowie für die Beurteilung der individuellen Teilhabeeinschränkungen bei dieser Trägergruppe von zentraler Bedeutung ist. In der Praxis der Krankenkassen erfolgt dies durch Krankenhausärztinnen/-ärzte oder durch niedergelassene Ärztinnen/Ärzte und im Rahmen der Pflegebegutachtung bis auf wenige Ausnahmen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung des jeweiligen Bundeslandes.

In mehr als der Hälfte der Fälle wirken auch die jeweiligen Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter der gesetzlichen Krankenversicherungen an der Beurteilung der individuellen Teilhabeeinschränkungen mit.

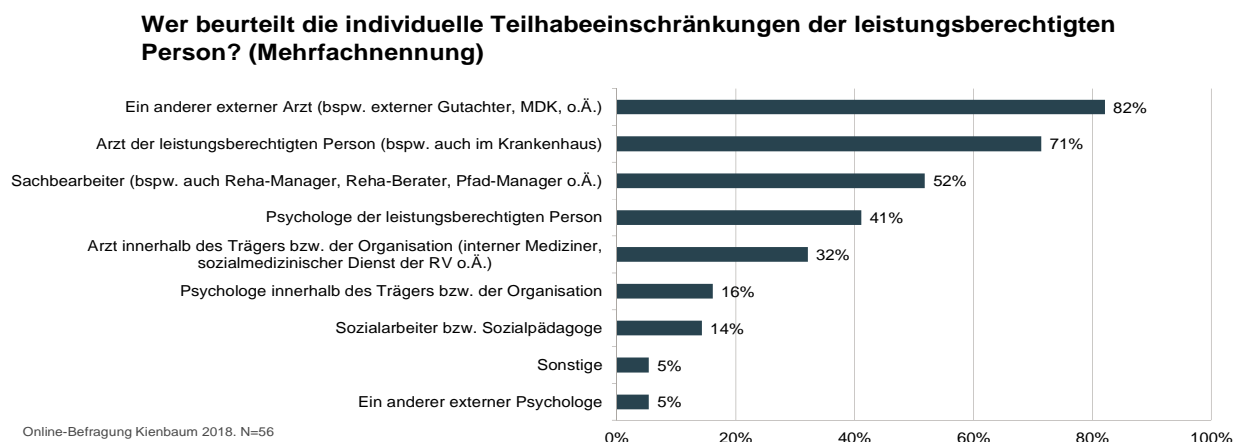


Abbildung 13: Beteiligte Akteure bei der Beurteilung der individuellen Teilhabeeinträchtigungen (KV)

Die Ermittlung der individuellen Teilhabeeinträchtigungen in den gesetzlichen Krankenkassen erfolgt in den meisten Fällen unter Berücksichtigung der Diagnose (ICD). Auch die Einbeziehung personenbezogener Faktoren (79 Prozent) bzw. die Einbeziehung von Umweltfaktoren (66 Prozent) findet nach eigenen Angaben häufig bis immer statt. Die genaue Verteilung von Ermittlungsindikatoren wird in Abbildung 14 dargestellt.

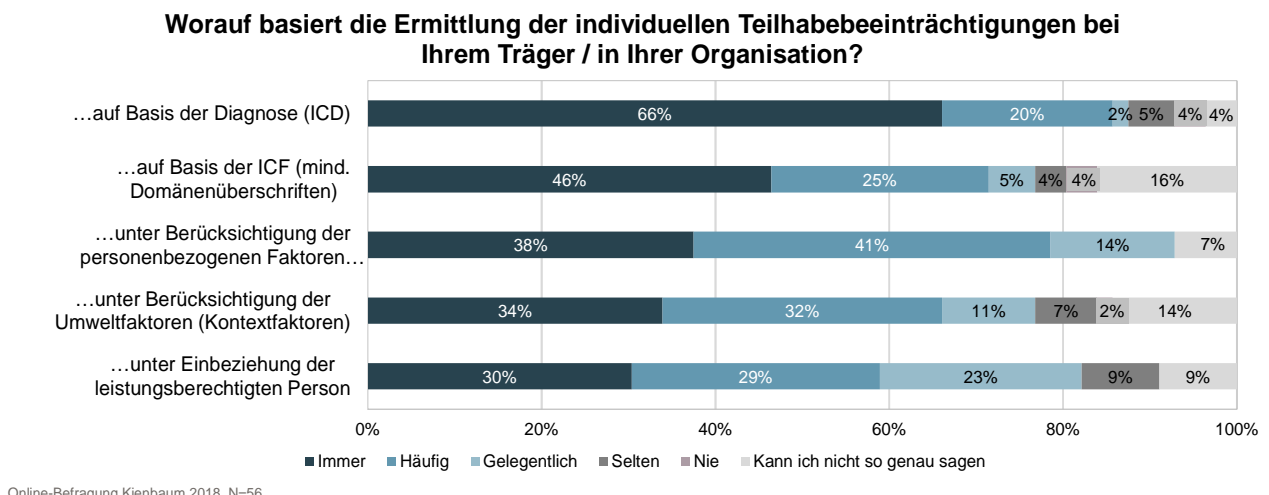


Abbildung 14: Basis der Ermittlung der individuellen Teilhabeeinträchtigungen (KV)

In der Befragung geben 64 Prozent (vgl. Abbildung 15) der Befragten an, dass im Rahmen der Bedarfsermittlung auch untersucht wird, welche weiteren Teilhabeeinträchtigung bestehen, die konkrete Leistungen zur Teilhabe im Hinblick auf die verschiedenen Leistungsgruppen nach § 5 SGB IX bedingen. Da für eine vollumfängliche Bedarfsermittlung auch geprüft werden muss, inwieweit potentielle Bedarfe bestehen, die über das eigene Leistungsangebot hinausgehen, kann diese entsprechend nicht in jedem Einzelfall abschließend erfolgen (vgl. dazu auch § 27 Abs. 3 GE „summarische Bedarfsermittlung“).

Wird dabei bei Ihrem Träger / in Ihrer Organisation ermittelt, welche konkreten Probleme der Teilhabe in verschiedenen Leistungsgruppen (§ 5 SGB IX) bestehen?

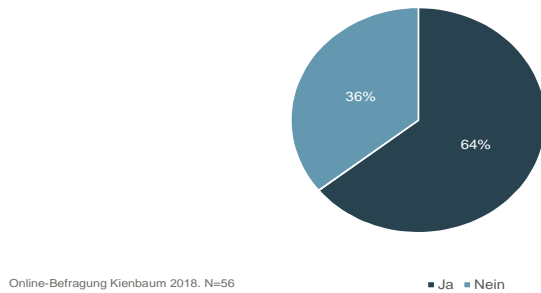


Abbildung 15: Ermittlung der konkreten Probleme der Teilhabe in verschiedenen Leistungsgruppen (KV)

Die Teilhabebeeinträchtigungen eines leistungsberechtigten Menschen, die am häufigsten durch die gesetzlichen Krankenkassen erhoben bzw. dokumentiert werden, sind in Abbildung 16 dargestellt.

Teilhabebeeinträchtigungen einer leistungsberechtigten Person können in verschiedenen Bereichen vorliegen. Für welche der folgenden Lebensbereiche erheben Sie bei Ihrem Träger / in Ihrer Organisation Teilhabebeeinträchtigungen? (Mehrfachnennung)

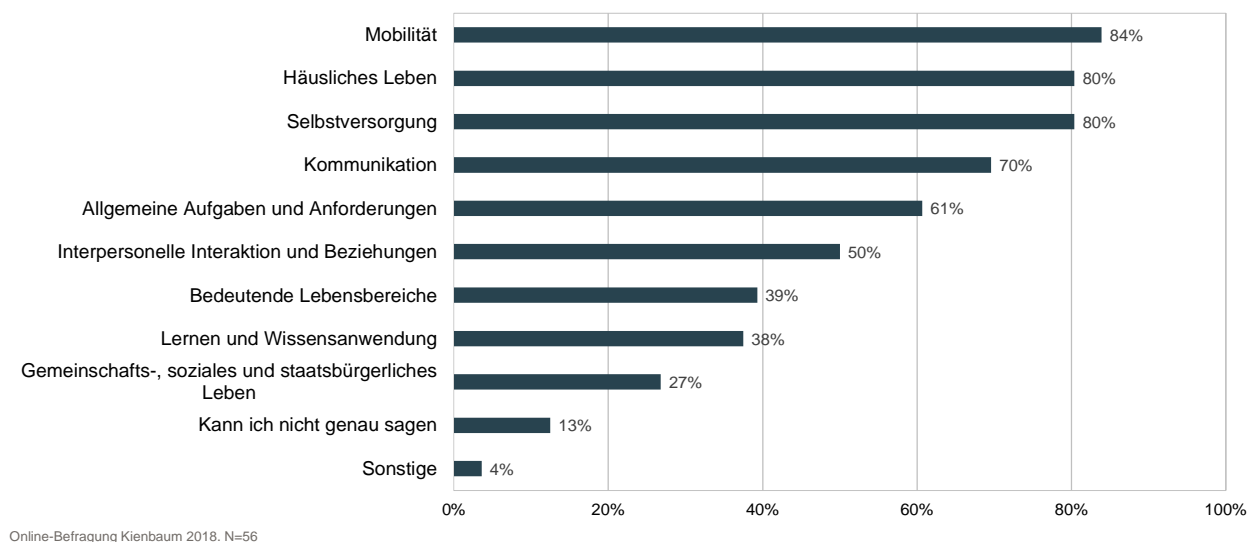


Abbildung 16: Lebensbereiche der Teilhabebeeinträchtigungen (KV)

Insbesondere die Themen Mobilität, häusliches Leben und Selbstversorgung sind im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung von großer Bedeutung, was sich aus dem Versichertenkreis und den zuständigen Leistungsbereichen herleiten lässt. Diese Zusammenhänge erklären auch die relativ geringe Bedeutung des gemeinschaftlichen, sozialen und staatsbürgerlichen Lebens sowie von Lernen und Wissensanwendung.

Einigung, welche Ziele erreicht werden sollen

Der Gesetzgeber versteht unter Leistungen zur Teilhabe nach § 4 SGB IX notwendige Sozialleistungen, die darauf abzielen, eine Behinderung abzuwenden, zu verringern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folge zu mindern. Diese dienen auch der Vermeidung von

Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit sowie der dauerhaften Sicherung der generellen Teilhabe am Arbeitsleben. Spezifische Ziele für die medizinische Rehabilitation sind dabei auch in § 11 Abs. 2 SGB V festgehalten. Eine selbstbestimmte Lebensführung, Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sollen mit diesen Leistungen ebenfalls gefördert werden. Die Online-Befragung hat ergeben, dass die gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der Bedarfsermittlung die definierten Ziele des Gesetzgebers hinsichtlich der Leistungen zur Teilhabe überwiegend *immer* (50 Prozent) oder *häufig* (32 Prozent) befolgen.

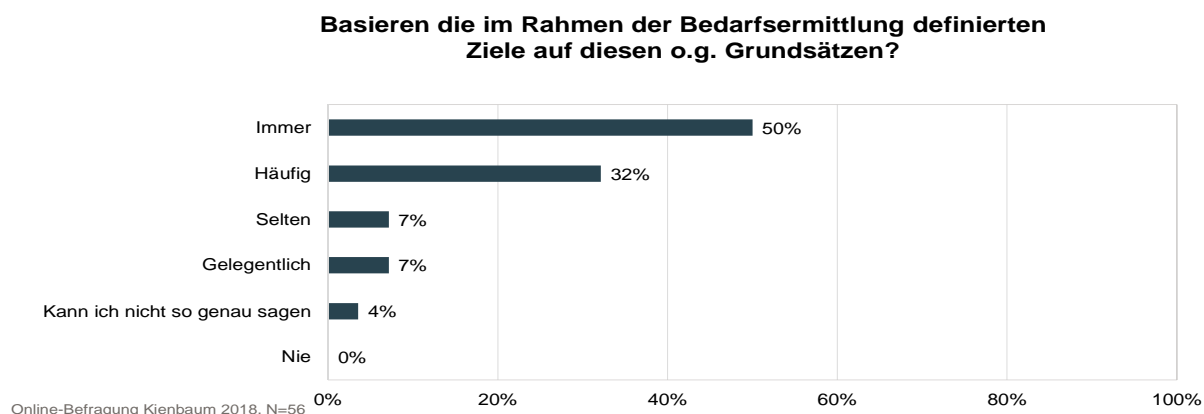


Abbildung 17: Basis der definierten Ziele (KV)

In der Frage, welche Ziele mit den Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen, sind 84 Prozent der befragten Vertreterinnen und Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherungen der Auffassung, dass die tatsächliche Erreichbarkeit der Ziele ein maßgebliches Kriterium sei. Die individuellen Ziele des leistungsberechtigten Menschen werden von 77 Prozent der Befragten als maßgeblich eingestuft und liegen damit im Vergleich zu den anderen Trägergruppen unter dem Durchschnittswert, der bei 95 Prozent liegt.

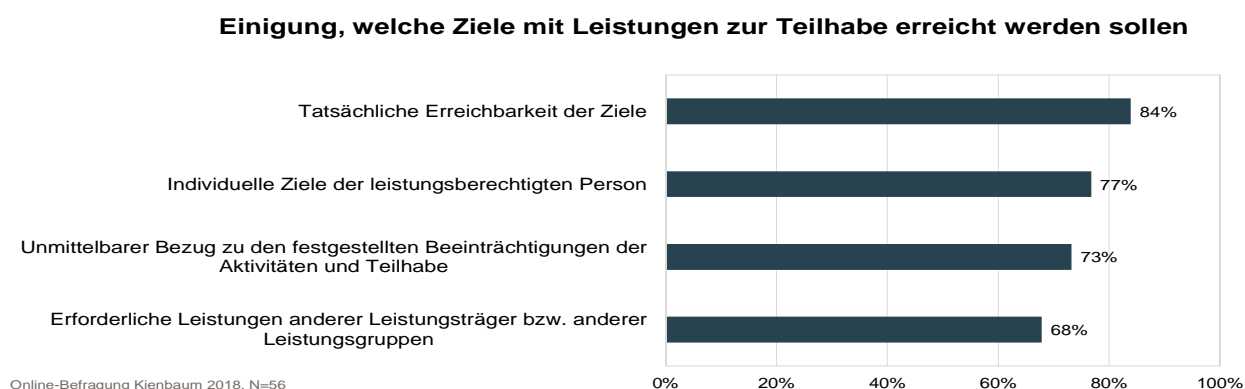


Abbildung 18: Einigung, welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen (KV)

In der Regel wird der leistungsberechtigte Mensch in verschiedenen Konstellationen in den Prozess der Bearbeitung der Anträge auf Rehabilitation miteinbezogen. Im Zusammenspiel mit den niedergelassenen, Krankenhaus- oder MDK-Ärzten wird der leistungsberechtigte Mensch bei der Ermittlung der individuellen Teilhabebeeinträchtigungen und auch bei der Benennung der Ziele, die

aus Sicht des leistungsberechtigten Menschen erreicht werden sollen, eingebunden. Auch bei der Auswahl der Leistungen sind die Betroffenen involviert, was durch die Krankenkassen selbst im Rahmen des Verwaltungsverfahrens geschieht.

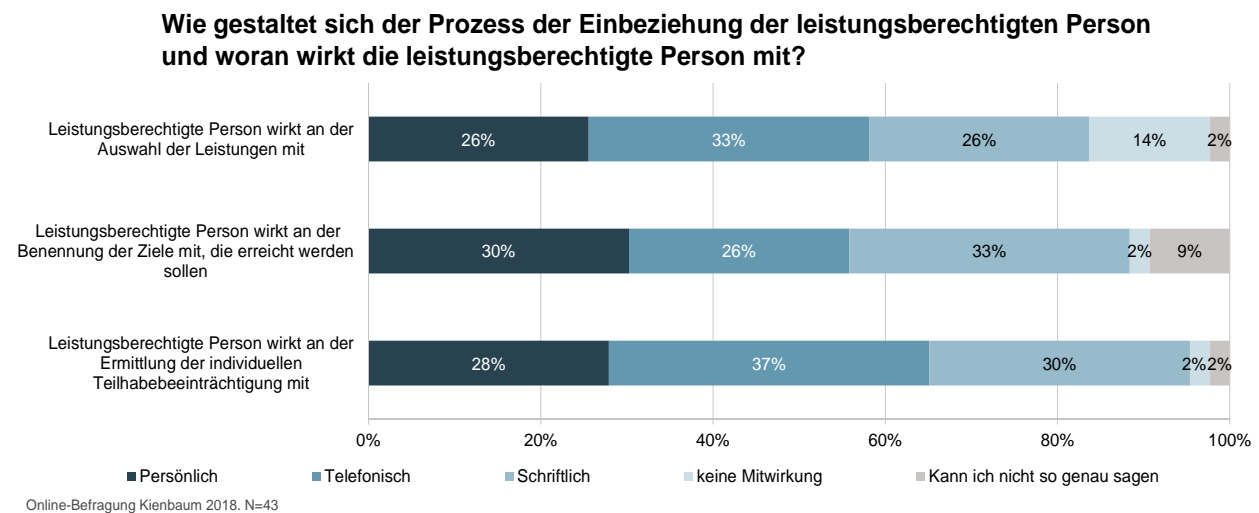


Abbildung 19: Gestaltung des Prozesses der Einbeziehung des leistungsberechtigten Menschen (KV)

Entscheidung, welche Leistungen voraussichtlich erfolgreich sind

Die Vertreterinnen und Vertreter der Steuerungsebene der gesetzlichen Krankenkassen gaben an, dass die Auswahl der Reha-Leistung, die zur Erreichung der vorher festgelegten Ziele dient, zu 84 Prozent auf Erfahrungswissen beruht. Die Ergebnisse einer durchgeführten systematischen Qualitätsanalyse (§ 37 Abs. 1 SGB IX), der es insbesondere um die Qualität der Einrichtungen geht und nicht um spezifische Therapieausrichtungen, spielen bei der Auswahl mit 28 Prozent hingegen eine untergeordnete Rolle bzw. werden seltener durchgeführt, wie die folgende Abbildung zeigt:

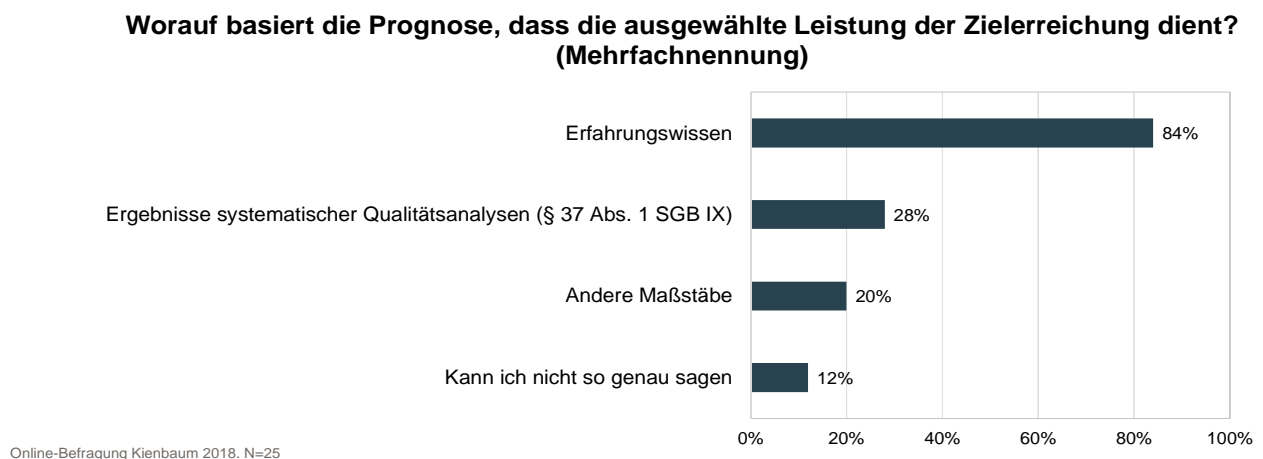


Abbildung 20: Basis der Prognose, dass die ausgewählte Leistung der Zielerreichung dient (KV)

Abbildung 21 zeigt auf, dass Rahmenvereinbarungen mit Leistungserbringern häufig, aber in vielen Fällen nicht immer, auf die Erreichung konkreter Teilhabeziele ausgerichtet sind.

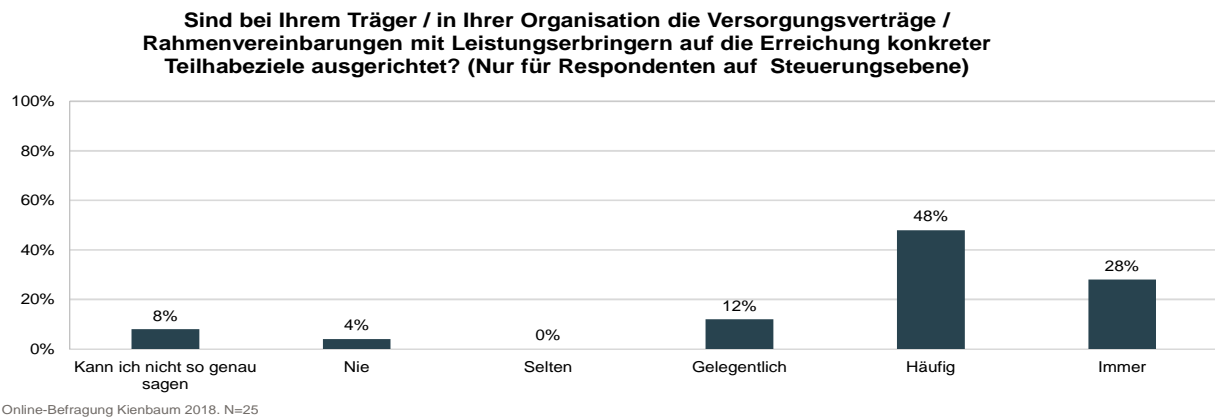


Abbildung 21: Ausrichtung der Versorgungsverträge / Rahmenvereinbarungen auf die Erreichung konkreter Teilhabeziele (KV)

Grundsätzlich wird in diesem Zusammenhang das Wunsch- und Wahlrecht des leistungsberechtigten Menschen nach § 8 SGB IX berücksichtigt und unterschiedliche Ansichten zwischen dem leistungsberechtigten Menschen und demjenigen, der den Rehabilitationsbedarf ermittelt, werden in rund 9 von 10 Fällen dokumentiert.

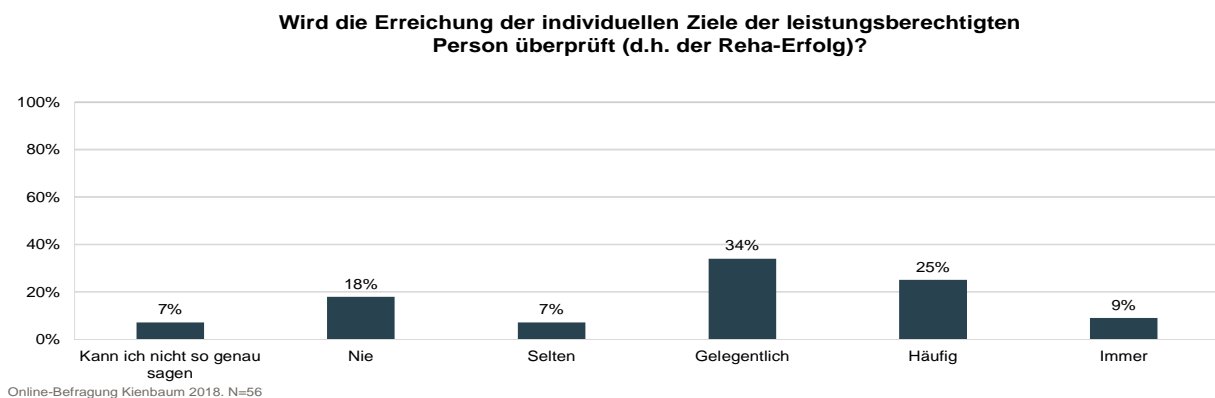


Abbildung 22: Überprüfung der individuellen Zielerreichung / Reha-Erfolg (KV)

Abbildung 22 illustriert, dass die Erreichung der individuellen Ziele des leistungsberechtigten Menschen, d. h. der Reha-Erfolg, von den gesetzlichen Krankenkassen gelegentlich überprüft wird. Aufgrund der Zuständigkeit der Krankenkassen für die medizinische Rehabilitation, welche im Regelfall Leistungen von einer Dauer von etwa drei Wochen umfasst, wird angemerkt, dass die Ziele nur in seltenen Fällen durch die Kassen selbst, häufig jedoch durch die Leistungserbringer überprüft und unter Umständen auch angepasst werden. Ein Vergleich zu anderen Trägern, besonders auch in Hinblick auf komplexere LTA oder Leistungen zur sozialen Teilhabe, ist daher nur eingeschränkt möglich.

Anwendung systematischer Arbeitsprozesse und standardisierter Arbeitsmittel bei den verschiedenen Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung

Grundsätzlich sind die internen Arbeitsprozesse bei den verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen unterschiedlich gestaltet. Anträge werden dabei beispielsweise von einigen gesetzlichen Krankenkassen in bundesweit zuständigen Kompetenzzentren bearbeitet, bei anderen Einrichtungen

hingegen in regionalen Geschäftsstellen. Im Rahmen der durchgeführten explorativen Interviews gaben einzelne Vertreterinnen und Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen an, dass die Empfehlungen bezüglich des vorgeschlagenen Reha-Prozesses des BAR vom Februar 2019 bereits verbindlich umgesetzt sind bzw. entsprechend implementiert werden. Im Vorfeld der Gemeinsamen Empfehlung Reha-Prozess (GE-Reha-Prozess) haben der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene das Gemeinsame Rundschreiben zum SGB IX an die Änderung durch das BTHG angepasst und zeitnah zum Inkrafttreten veröffentlicht. Darüber hinaus wurde die Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, die Verordnung Muster 61 sowie die Begutachtungs-Anleitung Vorsorge und Rehabilitation an das novellierte SGB IX angepasst. Zur Sicherstellung der frühzeitigen Bedarfserkennung wurden zudem auf Ebene des GKV-Spitzenverbandes kassenartenübergreifende Informationen nach § 11 SGB IX erarbeitet, die in die versichertenindividuelle Kommunikation eingebunden werden können. Ferner wurde im September 2018 durch den GKV-Spitzenverband eine Fachtagung zum BTHG mit dem Ziel eines Praxisaustauschs zum Umsetzungsstand und bestehenden Herausforderungen des novellierten SGB IX, Teil 1 durchgeführt.

Insgesamt bestätigen Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen in den Interviews überwiegend die Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene, nachdem bereits vor dem Inkrafttreten des BTHG viele systematische Arbeitsprozesse existierten, die im Einklang mit dem BTHG stehen. Im Reha-Bereich würden bereits seit längerem kassenartenübergreifende Instrumente, z. B. einheitliche Formulare, zur Anwendung kommen, wobei die Vereinheitlichung diesbezüglich nach Einschätzung der Befragten noch nicht abgeschlossen ist. In den bestehenden Arbeitsprozessen kommen sowohl Checklisten als auch Entscheidungsbäume zum Einsatz. Zudem wurden Dienstanweisungen und Leitfäden für die trägerübergreifende Zusammenarbeit sowie zur Erfassung von Teilhabeaspekten erstellt bzw. im Rahmen der neuen Gesetzgebung gegebenenfalls angepasst. Diese haben das Ziel, allen am Prozess beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein einheitliches Verständnis der Änderungen bestehender Arbeitsprozesse und Arbeitsmittel durch die neue Gesetzeslage zu vermitteln und ihnen die tägliche Arbeit zu erleichtern.

Die Auswirkungen auf die eigenen Arbeitsprozesse und Arbeitsmittel durch die neue Gesetzgebung werden teilweise als geringfügig wahrgenommen, insbesondere weil bestehende Prozesse regelmäßig an die neuen Rahmenbedingungen angepasst werden.

Die unterschiedlichen Organisationsstrukturen im Hinblick auf Regionalität, Versichertenanzahl und damit verbundener Organisationsgröße im Vergleich zu anderen Rehabilitationsträgern führen zu unterschiedlichen Verwaltungsverfahren bei den einzelnen Krankenkassen.

Mit der Verordnung „Muster 61“, welches an der ICF-orientiert aufgebaut ist und in seiner jetzigen Form seit 2016 besteht (wobei es auch schon zuvor an der ICF orientiert war) sowie dem Assessment zur Feststellung von Rehabilitationsbedarf im Rahmen der Pflegebegutachtung sind bereits einheitliche Bedarfsermittlungsinstrumente vorhanden. Der Ärztliche Befundbericht im Bereich der AHB, die Verordnung „Muster 61“ sowie die Rehabilitationsempfehlung im Rahmen der Pflegebegutachtung folgen grundsätzlich dem vierstufigen Aufbau der einheitlichen Maßstäbe nach § 13 SGB IX. Durch die durchgeführten Interviews wurde die regelmäßige Nutzung des „Muster 61“ bestätigt. Problematisch ist in diesem Zusammenhang, dass diese durch die niedergelassenen Ärzte vielfach nur unzureichend ausgefüllt wird, sodass eine Ermittlung des tatsächlichen Bedarfes

zunächst nur eingeschränkt möglich ist. Zudem wird das „Muster 61“ nicht als Antrag von anderen Rehabilitationsträgern²² anerkannt, sofern eine Weiterleitung nach § 14 SGB IX erfolgt.

Des Weiteren bestehen im Bereich der ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 SGB V kassenartenübergreifende Verordnungsvordrucke und somit einheitliche Bedarfsermittlungsinstrumente. Zudem ist auch ein neuer, vertiefter Arbeitsprozess hinsichtlich der Erhebungen von Kontextfaktoren beabsichtigt, der zu einem umfassenderen Blickwinkel auf das Thema Reha-Bedarfe führen soll. Die Entwicklung liegt diesbezüglich bei der BAR. Bei der GKV wird die umfassende Erhebung von Kontextfaktoren allerdings immer im Zusammenhang mit der Thematik des Datenschutzes zu betrachten sein

Gibt es eine Übersicht der im Prozess der Bedarfsermittlung angewandten Arbeitsmittel, eine schriftliche Beschreibung der im Prozess angewandten Arbeitsmittel und festgeschriebene Arbeitsmittel in den einzelnen Verfahrensschritten?

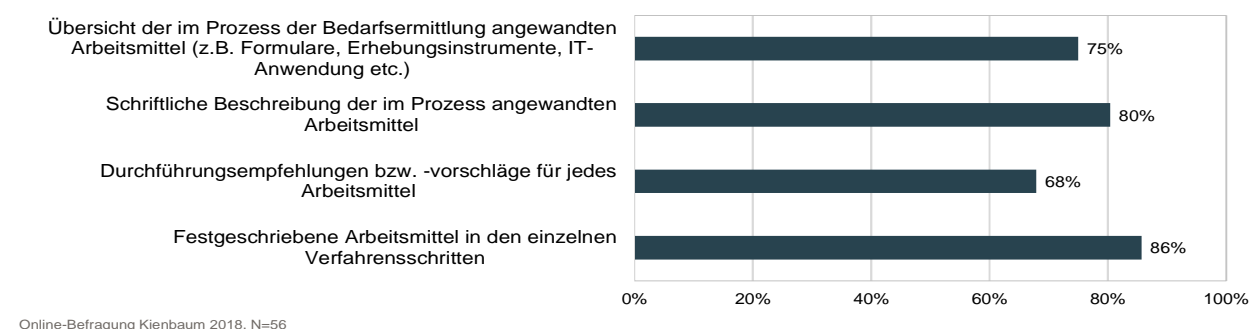


Abbildung 23: Anwendung systematischer Arbeitsprozesse und standardisierter Arbeitsmittel (KV)

Die Bekanntheit und Verbreitung von standardisierten Arbeitsmitteln als notwendige Hilfsmittel zur Durchführung der Arbeitsprozesse, beispielsweise im Rahmen des Bedarfsermittlungsprozesses, ist in den gesetzlichen Krankenkassen mehrheitlich gegeben und unterscheidet sich nicht essentiell von den Durchschnittswerten der trägerübergreifenden Auswertung. Die Verbreitung von Arbeitsmitteln ist der Abbildung 23 zu entnehmen.

In der Online-Befragung geben 80 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an, dass einheitliche Dokumentationsstandards bestehen, die allen beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt sind, wobei diese Standards in dem nahezu selben Umfang auch schriftlich festgehalten und für jede Mitarbeiterin und jeden Mitarbeiter zugänglich sind. Mittlerweile wird öfter mit reinen E-Akten als mit Akten in Papierform gearbeitet, dennoch verbleibt mit 56 Prozent eine Vermischung der beiden Dokumentationsformen die Regel. Zukünftig soll der Umfang von E-Akten, auch mit dem Einscannen von entsprechenden Unterlagen, weiter erhöht werden. Aktuell wird beispielsweise die Verordnung „Muster 61“ noch ausschließlich in Papierform eingereicht und ebenfalls in Papierform an den MDK und die Klinken weitergeleitet.

Die Bestandteile der Aktenführung sind der Abbildung 24 zu entnehmen.

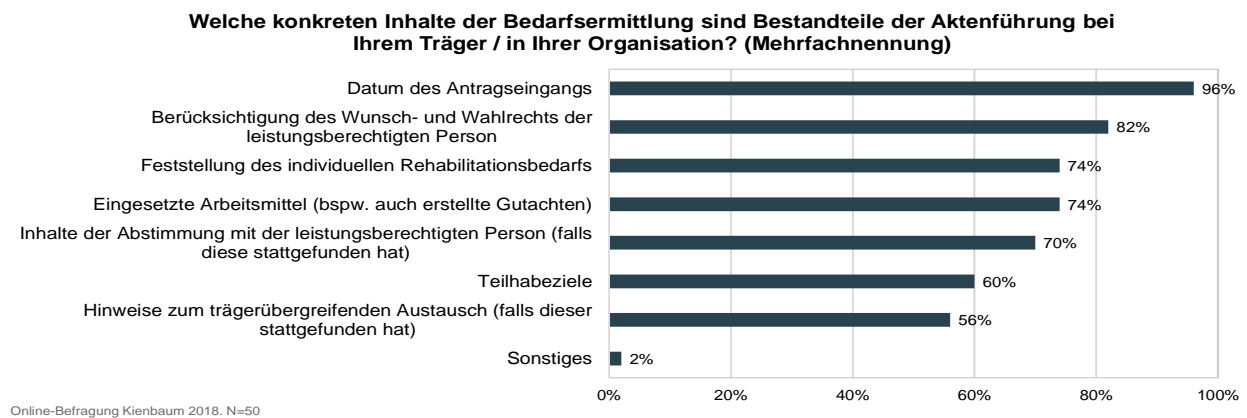


Abbildung 24: Bestandteile der Aktenführung (KV)

3.1.4 Zusammenarbeit mit anderen Trägern

Eine systematische Zusammenarbeit in der Bedarfsermittlung bei Leistungen zur Teilhabe findet zwischen den gesetzlichen Krankenkassen nach Auswertung der Befragung in rund der Hälfte der Fälle statt. Im Rahmen der vorhandenen Zusammenarbeit auf Ebene der Verbände der Krankenkassen, auf Bundesebene sowie des GKV-Spitzenverbandes steht insbesondere der Einsatz von einheitlichen Vordrucken und Formularen, Rahmenempfehlungen und Richtlinien im Vordergrund. Ebenso im Fokus steht der allgemeine Austausch zur Bedarfsermittlung und die weitere Standardisierung und Vereinheitlichung von Prozessen und Arbeitsmitteln.

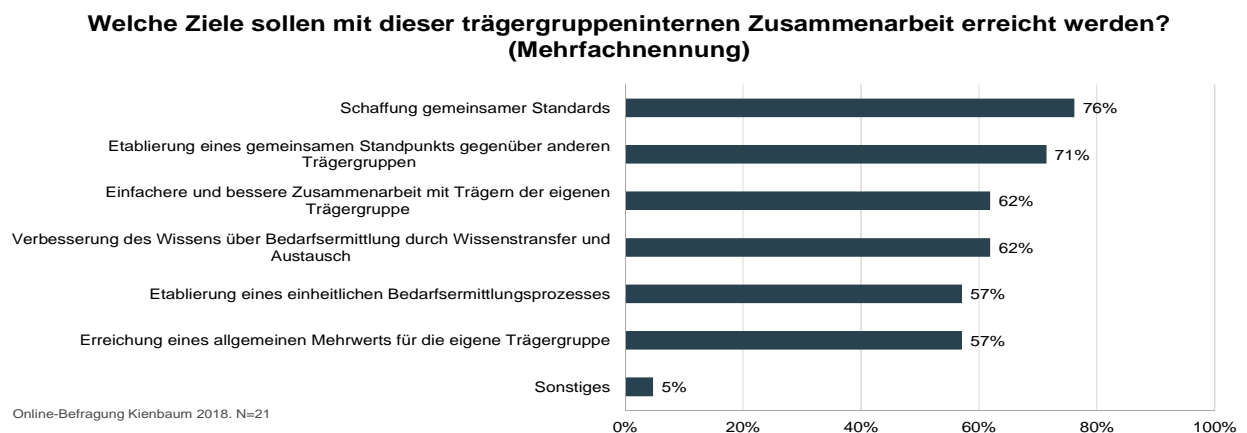


Abbildung 25: Ziele der Zusammenarbeit mit Trägern der eigenen Trägergruppe (KV)

Die *Schaffung gemeinsamer Standards* und die Entwicklung eines gemeinsamen *Standpunkts gegenüber anderen Trägergruppen* sind die vordergründigen Ziele, die nach Ansicht der Befragten, unabhängig davon, ob bereits eine systematische Zusammenarbeit besteht oder nicht, durch eine trägergruppeninterne Zusammenarbeit erreicht werden sollten.

Im Rahmen der durchgeführten explorativen Interviews und Fallstudien wurde zudem deutlich, dass das Thema des trägerübergreifenden Schnittstellenmanagements für die gesetzlichen Krankenkassen insgesamt ein wesentlicher Bestandteil der eigenen Arbeitsprozesse ist. Sowohl die klare Zuständigkeitsverteilung als auch der Austausch von Unterlagen, z. B. Abrechnungsdaten, zwischen den einzelnen Trägern ist ein maßgeblicher Aspekt in diesem Zusammenhang. Eine systematische

Zusammenarbeit, zusätzlich zur Zusammenarbeit in der BAR und über die eigene Trägergruppe hinaus, wird jedoch nur von 40 Prozent der Befragten auf Steuerungs- und Leitungsebene bejaht. Dieser geringe Zustimmungswert lässt sich dabei vor allem durch die Verbandsarbeit der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene sowie des GKV-Spitzenverbandes erklären, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung eine wichtige Rolle spielt.

Die BAR verbleibt für die GKV somit ein wesentlicher Schnittstellenakteur in der trägerübergreifenden Zusammenarbeit, insbesondere da sie die trägerübergreifende Ebene für die Vereinbarung von Gemeinsamen Empfehlungen zu den Grundsätzen der Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs ist. Ergänzend gibt es darüber hinaus auch bilaterale, trägerübergreifende Absprachen, beispielsweise zur stufenweisen Wiedereingliederung.

Auf der individuellen Fallebene sind die gesetzlichen Krankenkassen auf die Mitwirkung der Versicherten und anderer Träger angewiesen, um über aktuelle Verlaufsprozesse der Rehabilitation informiert zu sein. Insbesondere das Thema des „Entlassungsberichts nach Rehabilitation“, der aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht vollumfänglich durch die Krankenkassen eingesehen werden kann, wird regelmäßig als Herausforderung aufgeführt und stellt sich sehr prozesshemmend dar.

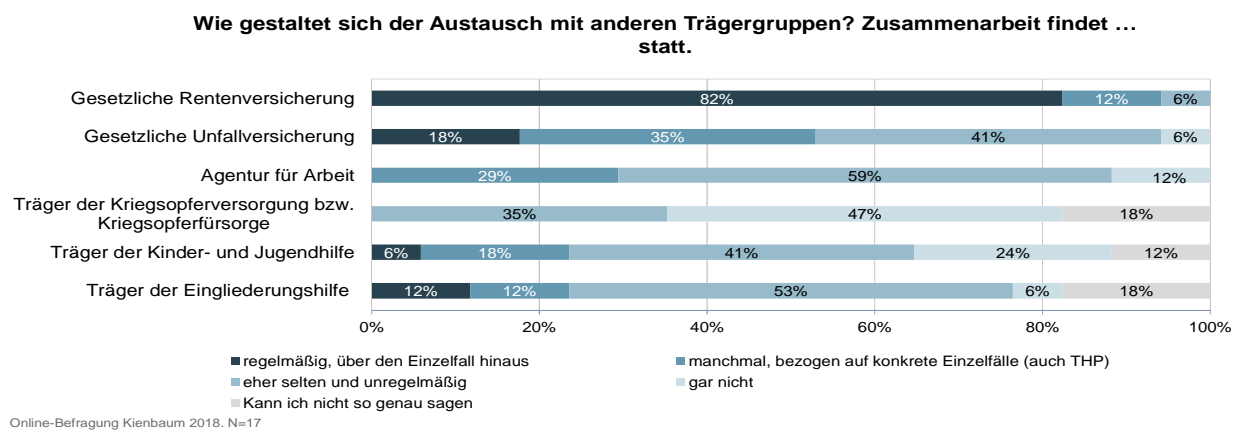


Abbildung 26: Zusammenarbeit mit anderen Trägergruppen (KV)

Abbildung 26 verdeutlicht, dass die trägerübergreifende Zusammenarbeit insgesamt sehr unterschiedlich ausgeprägt ist. Die intensivste Zusammenarbeit der gesetzlichen Krankenkassen findet mit Vertreterinnen und Vertretern der Gesetzlichen Rentenversicherung statt. Dieser Austausch wird als regelmäßig und auch über den Einzelfall hinaus bezeichnet. Keinen regelmäßigen Austausch, da mögliche Sachverhalte deutlich seltener auftreten können, haben die Befragten der gesetzlichen Krankenkassen zu Vertreterinnen und Vertretern der Agentur für Arbeit und der Träger der Kriegsopferversorgung bzw. Kriegsopferfürsorge. Im Rahmen des Austauschs mit anderen Trägergruppen nimmt die Hälfte der Befragten der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der datenschutzrechtlichen Möglichkeiten Einsicht in die Akten anderer Träger, wobei auch hierbei nahezu ausschließlich in die Akten der DRV Einsicht genommen wird.

Im Rahmen der Fallstudien wird angemerkt, dass die datenschutzrechtlichen Bestimmungen einen weiteren gewinnbringenden Austausch teilweise erheblich erschweren.

Im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit den Rentenversicherungsträgern wird angemerkt, dass es teilweise schwierig ist, Kontakt zu den entsprechenden Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern im individuellen Einzelfall herzustellen. Darüber hinaus sind die unterschiedlichen

Schwerpunktsetzungen und Strukturen der Rentenversicherung für die weitere Entwicklung von trägerübergreifenden Prozessen ein natürliches Hindernis, das die gesamte trägerübergreifende Zusammenarbeit betrifft.

Eine Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe und Eingliederungshilfe und der Bundesagentur für Arbeit erfolgt bisher insgesamt weniger, wodurch auch weniger formelle Kommunikationswege und Schnittstellen aufgebaut wurden. Die Zusammenarbeit und Koordinierung mit der Eingliederungshilfe gilt laut Vertretern der Krankenkassen bisher als schwierig, unterscheidet sich dabei aber von Gebietskörperschaft zu Gebietskörperschaft.

Insgesamt wünschten sich die Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der Interviews unter anderem mehr Teilhabekonferenzen, einen praktischen Austausch mittels Workshops, Einrichtung von Vermittlungs- oder Schlichtungsstellen, trägerübergreifende Reha-Beraterinnen und -Berater, einen „FAQ“-Katalog über Standardfälle, anhand derer das Leistungsspektrum anderer Reha-Träger ersichtlich ist und Fachtagungen zum Informationsaustausch zwischen dem operativen Bereich und den Steuerungsebenen.

Datenaustausch und Datenschutz

Wie bereits zuvor dargelegt, gibt die Hälfte der Befragten der gesetzlichen Krankenkassen an, im Rahmen der datenschutzrechtlichen Möglichkeiten Einsicht in die Akten anderer Träger zu nehmen. Da sie datenschutzrechtlich grundsätzlich schon weniger umfangreiche Daten bereithalten dürfen als andere Rehabilitationsträger, sind sie in einigen Teilaspekten der Bedarfsermittlung auch auf die Daten anderer Träger angewiesen. Insgesamt wünschen sich die Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen weitere Klarstellungen zum Datenschutz im SGB IX, um datenschutzrechtliche Hemmnisse auszuräumen und den Prozess der Bedarfserkennung zu unterstützen.

Nach Einschätzung der Befragten ist das Thema Datenschutz nach Auswertung der explorativen Interviews, Fallstudien und Veranstaltungen derzeit von zentraler Bedeutung, auch im Hinblick auf die Digitalisierung von Standardvordrucken und dem damit beschleunigten Austausch zwischen den einzelnen Trägern. Das Thema Datenschutz soll in einer gesonderten Arbeitsgruppe der BAR nochmals aufgegriffen werden. Die bestehende Regelung zum Datenschutz nach § 284 Abs. 1 SGB V würde weiterhin die Einschätzung des individuellen Rehabilitationsbedarfs mithilfe systematischer Arbeitsprozesse seitens der gesetzlichen Krankenkassen hemmen.

In Abstimmung mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit befand sich ein einheitlicher kassenartenübergreifender Formularsatz für die AHB nach stationärer Behandlung in Bearbeitung, der zeitnah mit Inkrafttreten des novellierten SGB IX Teil 1 in die Praxis eingeführt werden konnte.

Die Thematik des Datenschutzes ist beispielweise vor dem Hintergrund von § 44 Abs. 4 SGB V und der damit verbundenen Zahlung von Krankengeld unter Mitwirkung der Versicherten exemplarisch. Durch Unwissen oder fehlerhafte Mitwirkung der Versicherten können sich Prozesse diesbezüglich verlangsamen. Aktuell werden zur Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit ärztliche Hinweise in der AU-Bescheinigung, die einen möglichen Reha-Bedarf aufzeigen, ausgewertet. Der direkte Zugriff auf die benötigten Daten könnte den Prozess jedoch deutlich beschleunigen. Die vorliegenden Daten und Informationen der gesetzlichen Krankenversicherung sind hingegen nicht umfassend genug sowie teilweise veraltet, was die Bedarfserkennung erschwert.

3.1.5 Zusammenfassung

Die gesetzlichen Krankenkassen nutzen mit dem „Muster 61“, dem kassenartenübergreifenden Ärztlichen Befundbericht im AR Verfahren und der Rehabilitationsempfehlung im Rahmen der Pflegebegutachtung einheitliche Bedarfserkennungs- und Bedarfsermittlungsinstrumente. In ihrer Binnenstruktur unterscheiden sich die einzelnen Krankenkassen aufgrund der großen strukturellen Unterschiede erheblich voneinander. Dies hat zur Folge, dass es teilweise auch sehr unterschiedliche Prozessabläufe in den einzelnen Häusern gibt, die jedoch grundsätzlich keinen Einfluss auf das einheitliche Vorgehen bei der Bedarfsermittlung haben.

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt die Bedarfsermittlung durch die Ärzte im Krankenhaus oder durch niedergelassene Ärzte. Die gutachterliche Beteiligung des MDK erfolgt im Rahmen der Stichprobenregelung und im Einzelfall bei bestehenden Zweifelsfragen. Zudem erfolgt die Ermittlung von Bedarf an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch den MDK im Rahmen der Pflegebegutachtung. Diese Verfahren erfordern ein Schnittstellenmanagement, welches für diese Trägergruppe von hoher Bedeutung ist. Die erforderlichen Prozessbeschreibungen sind untergesetzlich (Rehabilitations-Richtlinie, Stichprobenrichtlinie, Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation sowie die Begutachtungsrichtlinie zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit) definiert und standardisiert in die Verwaltungspraxis der Krankenkassen eingebunden.

Die Zusammenarbeit mit anderen Trägern besteht zurzeit eher punktuell und basiert teilweise primär auf persönlichen Kontakten als auf konkreten Ansprechpartnerstrukturen. Grundsätzlich wird von den gesetzlichen Krankenkassen ein regelmäßigerer Austausch zur Bedarfserkennung gewünscht, sodass der Blickwinkel trägerübergreifend erweitert werden kann. Bisher stehen vor allem die Rentenversicherungsträger im Fokus des Austauschs. Dennoch kann es gerade im Zusammenhang eines erweiterten Blickwinkels angebracht sein, neue Schnittstellen auch mit den anderen Trägern verstärkt aufzubauen.

Die Herausforderungen im Hinblick auf den trägerübergreifenden Austausch werden von den gesetzlichen Krankenkassen besonders stark mit dem Thema Datenschutz verknüpft. Bestehende Regelungen erscheinen den Krankenkassen stark hemmend für die eigene Arbeit, sodass eine zügige Bedarfsermittlung punktuell erschwert wird. Eine weitere Anpassung bzw. Präzisierung wäre hierbei im Interesse der Krankenkassen, auch um Doppeluntersuchungen und Mehrfacherhebungen zu vermeiden.

Im Hinblick auf die eigene Arbeit binden die gesetzlichen Krankenkassen die leistungsberechtigten Menschen mehrheitlich bei der Bedarfsermittlung und im Rahmen des Wunsch- und Wahlrechts ein. Eine Einbindung in den Prozess der Bedarfsermittlung erfolgt unter Berücksichtigung der strukturellen Besonderheiten in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgelagert im Rahmen des partizipativen Arzt-Patienten-Kontaktes. Insoweit liegen die gesetzlichen Krankenkassen bei der Einbindung der leistungsberechtigten Menschen nachvollziehbar hinter den anderen Trägern zurück.

Die Auswahl der Reha-Leistung zur gesetzlich vorgesehenen Zielerreichung durch die gesetzlichen Krankenkassen beruht oftmals auf Erfahrungswissen. Dabei wird die Erreichung der individuellen Ziele des leistungsberechtigten Menschen nach oder während der Reha regelmäßig durch den Leistungserbringer überprüft und Rehabilitationsziele und darauf abzustimmende Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei Bedarf im Einzelfall angepasst. Aufgrund der strengen datenschutzrechtlichen Bestimmung besteht weiterer Klärungsbedarf hinsichtlich der Frage, wie häufig der Reha-Erfolg oder Nichterfolg von den Krankenkassen wirklich erhoben werden kann und

wie hoch der prozentuale Anteil der leistungsberechtigten Menschen ist, die die Reha nach objektiven und subjektiven Maßstäben nicht erfolgreich absolviert haben.

Insgesamt ist davon auszugehen, dass für die gesetzlichen Krankenkassen durch die neuen Instrumente (wie beispielsweise dem Teilhabeplan) und der zunehmenden Ausrichtung dieser am bio-psycho-sozialen Modell ein neuer Koordinations- und Steuerungsaufwand entstehen wird, der weitere Fort- und Weiterbildungsbedarfe sowie eine personelle Aufstockung erfordert.

3.2 Die Bundesagentur für Arbeit

3.2.1 Hintergrund und methodische Hinweise

Die Bundesagentur für Arbeit (BA) ist nach § 367 SGB III eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung, deren Hauptaufgabe die Beseitigung und Vermeidung von Arbeitslosigkeit bzw. die Durchführung einer passiven sowie aktiven Arbeitsmarktpolitik ist. Die gesetzlichen Grundlagen für ihre Aufgabenerledigung sind im Sozialgesetzbuch Zweites, Drittes und Neuntes Buch (SGB II, III und IX) festgeschrieben.

Die Bundesagentur für Arbeit gliedert sich in eine Zentrale auf der oberen Verwaltungsebene, in zehn Regionaldirektionen auf der mittleren Verwaltungsebene und in 156 Agenturen für Arbeit mit rund 600 Geschäftsstellen auf der örtlichen Verwaltungsebene.

Zur Wahrnehmung der Aufgaben nach dem SGB II kooperiert sie in 302 Jobcentern gemeinsam mit Landkreisen und kreisfreien Städten (Gemeinsame Einrichtungen).

Im Vergleich zu den weiteren in § 6 Abs. 1 SGB IX benannten Rehabilitationsträgern ist die BA aufgrund ihrer Organisationsstruktur keiner Trägergruppe zugeordnet, sie agiert als solitärer Rehabilitationsträger.

Die BA ist nach § 6 Abs. 1 SGB IX einer der zentralen Rehabilitationsträger, der sowohl Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben als auch unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen für Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen erbringt. Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sollen dazu beitragen, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen. Konkret beinhalten die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter anderem Diagnose- und Eignungsfeststellungsverfahren, berufliche Bildungsmaßnahmen, spezielle Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Zuschüsse an Arbeitgeber, technische Arbeitshilfen und Leistungen im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können nach § 19 Abs. 1 SGB III Menschen (einschließlich lernbehinderte Menschen) erhalten, deren Aussichten am Arbeitsleben teilzuhaben bzw. wieder teilzuhaben wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung nicht nur vorübergehend wesentlich gemindert sind, und die deshalb Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben benötigen.

Im Rahmen dieser Implementationsstudie wurde hinsichtlich der BA neben einer ausführlichen Dokumenten- und Literaturanalyse ein exploratives Interview mit Beschäftigten der Zentrale der BA durchgeführt. An der bundesweiten Befragung nahmen 428 Angestellte der BA teil, sodass die Beteiligung der BA an der bundesweiten Studie sehr ausgeprägt war.

Abbildung 27 zeigt auf, dass die Befragten der BA mit rund 75 Prozent mehrheitlich die operative Ebene repräsentierten und sich in dieser Kategorie somit überdurchschnittlich viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer beteiligten (der trägerübergreifende Durchschnitt für die operativ tätigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer liegt bei 60 Prozent).

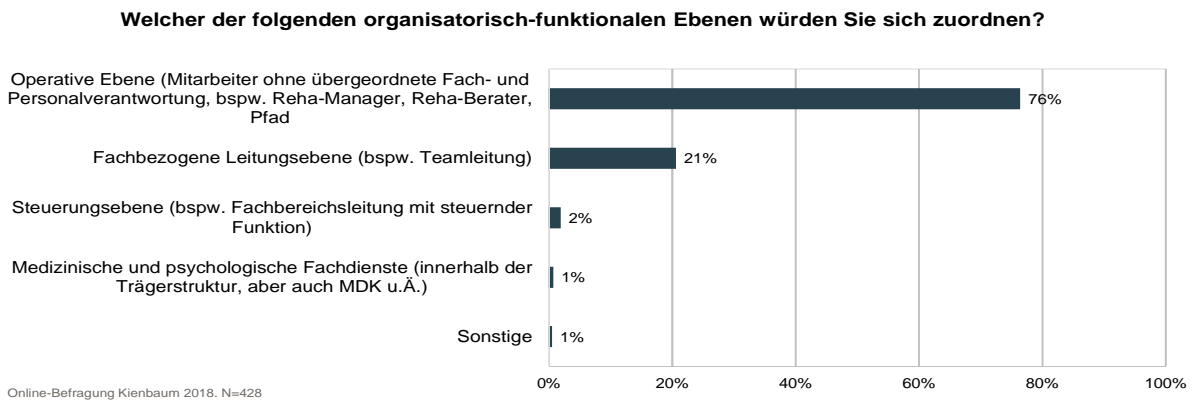


Abbildung 27: Zuordnung der Befragten auf der organisatorisch-funktionalen Ebene (BA)

Die Ergebnisse wurden mithilfe von Fallstudien und einem Validierungs-Workshop mit ausgewiesenen Expertinnen und Experten der BA im weiteren Evaluationsverfahren kritisch reflektiert und weiter konsolidiert. An den Fallstudien beteiligten sich Angestellte der Agenturen für Arbeit Bautzen, Erfurt, Neuwied, Siegen und Verden. Die folgenden Ergebnisse basieren auf diesem methodischen Vorgehen.

3.2.2 Ausgangssituation

Die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit Behinderungen oder für von Behinderung bedrohte Menschen ist für die BA eine Kernaufgabe und erfährt durch die Forschung, die beteiligten Akteure und Organisationen (unter anderem ersichtlich an der virtuellen Sammlung von Literatur zur beruflichen Teilhabe von schwerbehinderten Menschen - REHADAT-Literatur) eine große Aufmerksamkeit. Der vom BMAS in Auftrag gegebene Forschungsbericht 503 „Aufbau und Analyse des LTA-Rehaprozessdatenpanels“ von 2018 untersucht beispielsweise den Rehabilitationsprozess innerhalb der BA sowohl in seiner Gesamtheit, als auch anhand der einzelnen Prozessphasen und beleuchtet bereits teilweise bestehende systematische Arbeitsprozesse in der BA. Aufgrund der Gesetzesänderungen durch das BTHG hat die BA bereits vor Inkrafttreten des Teils 1 des SGB IX ab dem 1. Januar 2018 rund 50 Weisungen veröffentlicht, um die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf die neuen Anforderungen frühzeitig vorzubereiten. Eine explizite Weisung hinsichtlich § 13 SGB IX wurde nicht herausgegeben.

Des Weiteren erstellte die BA mehrere Fachkonzepte, um verschiedene systematische Arbeitsprozesse, z. B. erforderliche Erhebungen, Analysen und Dokumentationserfordernisse, als Grundlagen eines standardisierten Verwaltungsvorgangs gegebenenfalls neu auszurichten.

Insgesamt bestätigen die getroffenen Maßnahmen die Annahme der Verfasser des Forschungsberichts 503, wonach umfangreiche Veränderungen der systematischen Arbeitsprozesse, auch im Hinblick auf die trägerübergreifende Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Kostenträgern, zu erwarten waren.²³ Im Rahmen der durchgeführten Interviews und der Fachdialoge wurden jedoch überwiegend keine maßgeblichen Veränderungen beobachtet, da die ergriffenen Maßnahmen zunächst auf die BA-internen Prozesse gerichtet waren.

²³ Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2018): Forschungsbericht 503: Aufbau und Analyse des LTA-Rehaprozessdatenpanels; S. 12 ff.

Eine Besonderheit der BA ist, dass Gutachten primär bei den internen Fachdiensten der BA angefordert und ausschließlich spezielle Gutachten gegebenenfalls extern vergeben werden. Im Rahmen des explorativen Interviews wurde angegeben, dass der interne Fachdienst die Richtlinien der ICF sowie des bio-psycho-sozialen Modells berücksichtigen würde. Insgesamt sind die in der BA eingesetzten Bedarfsermittlungsinstrumente vorwiegend auf medizinische und psychologische Aspekte ausgerichtet, die für die Eingliederung in den Arbeitsmarkt oder spezifische Anforderungen nach dem SGB II erforderlich sind.

3.2.3 Instrumente (Arbeitsprozesse und Arbeitsmittel)

Die Rehabilitationsbedarfsermittlungsprozesse der BA beziehen sich auf zwei Zielgruppen. Die erste Zielgruppe umfasst Jugendliche und junge Erwachsene im Bereich der beruflichen Ersteingliederung, die im Rahmen des Rehabilitationsverfahrens v. a. Maßnahmen zur beruflichen Orientierung und/oder eine Berufsvorbereitung und/oder Berufsausbildung absolvieren. Die zweite Zielgruppe der beruflichen Rehabilitation im Aufgabenfeld der BA sind Menschen im Bereich der Wiedereingliederung. Während die berufliche Ersteingliederung junger Menschen mit Behinderungen fast ausschließlich in den Aufgabenbereich der BA fällt, kann in Abhängigkeit der Bedingungen des Einzelfalls die BA im Bereich der beruflichen Wiedereingliederung in Abgrenzung zu den Rehabilitationsträgern der Nummern 3 bis 7 nach § 6 Abs. 1 SGB IX zuständige Trägerin sein.

An den Rehabilitationsbedarfsermittlungsprozessen werden teilweise die Integrationsfachdienste (IFD) nach §§ 192 ff. SGB IX beteiligt, insbesondere, wenn die Eingliederung von Menschen mit Behinderungen auf besondere Schwierigkeiten stößt und mit einem besonderen Unterstützungsbedarf verbunden ist.

Der Teilhabeprozess wird im Regelfall durch den leistungsberechtigten Menschen bzw. dessen Vertretung ausgelöst; 99 Prozent der Befragten geben diese Möglichkeit an. In vielen Fällen spielt dabei auch die Aufforderung des Trägers selbst eine Rolle. Im Rahmen der Fallstudien heben die Befragten hervor, dass ein nicht unerheblicher Anteil an Antragstellenden durch rehabilitationsspezifisch-unabhängige Beratungsgespräche in den Agenturen für Arbeit und den Jobcentern erkannt und die Beschäftigten den potenziell leistungsberechtigten Menschen dann zur Antragsstellung beim zuständigen Rehabilitationsträger auffordern würden. Der behandelnde Arzt spielt, anders als bei allen anderen untersuchten Trägern, bei der Auslösung des Teilhabeprozesses nur eine untergeordnete Rolle:

Wer / was kann den Prozess auslösen? (Mehrfachnennung)

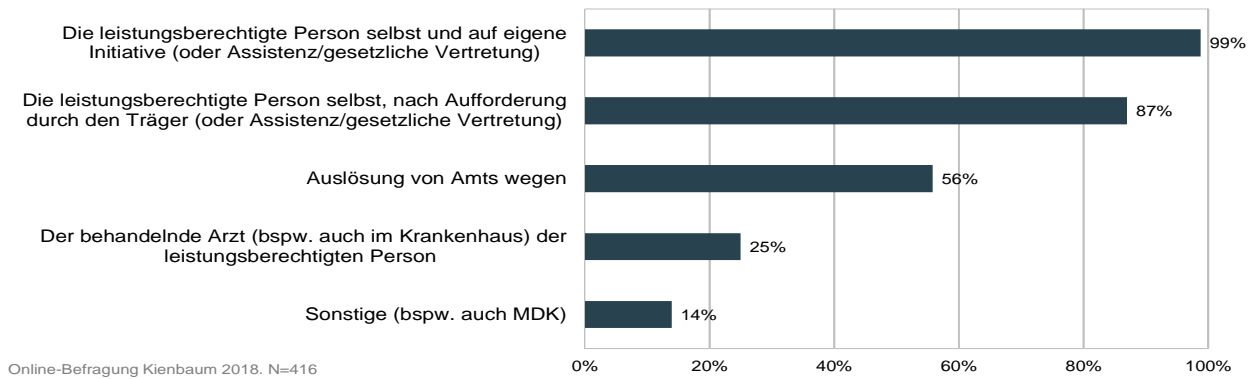


Abbildung 28: Auslöser des Reha-Prozesses (BA)

Die folgende Abbildung enthält ein vereinfachtes Schaubild des Bedarfsermittlungsprozesses bei den Agenturen für Arbeit, der mit den Fallstudienteilnehmerinnen und -teilnehmern diskutiert wurde:

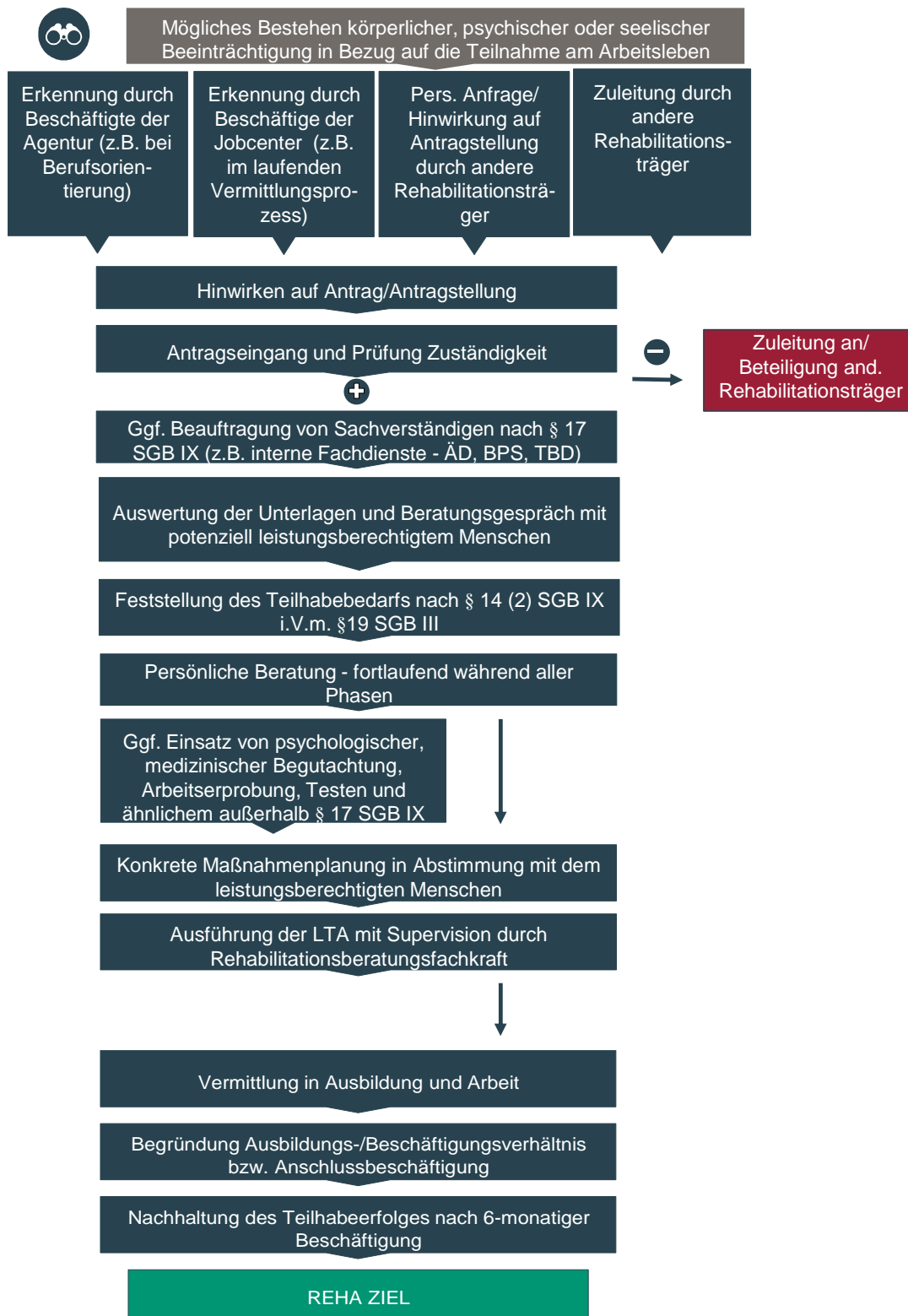


Abbildung 29: Vereinfachte Darstellung des Rehabilitationsbedarfsermittlungsprozesses in der Bundesagentur für Arbeit (BA)

Feststellung, ob eine Behinderung vorliegt

Anhand von Abbildung 30 wird ersichtlich, wer an der Feststellung, ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben deshalb erforderlich sind, beteiligt ist. Darüber hinaus werden auch Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter und/oder externe Sachverständige in einer Vielzahl von Fällen beteiligt.

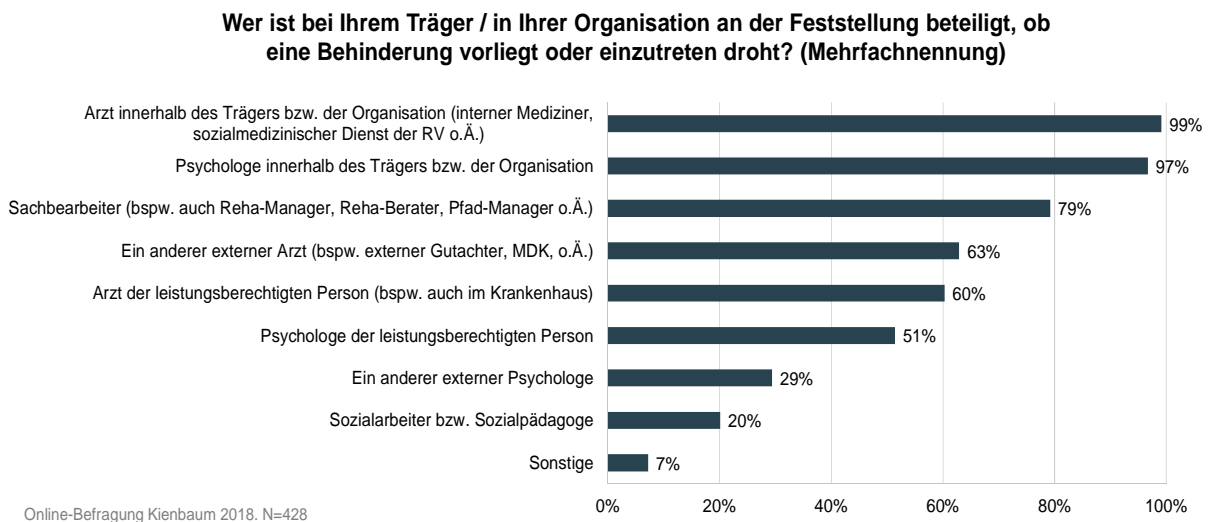
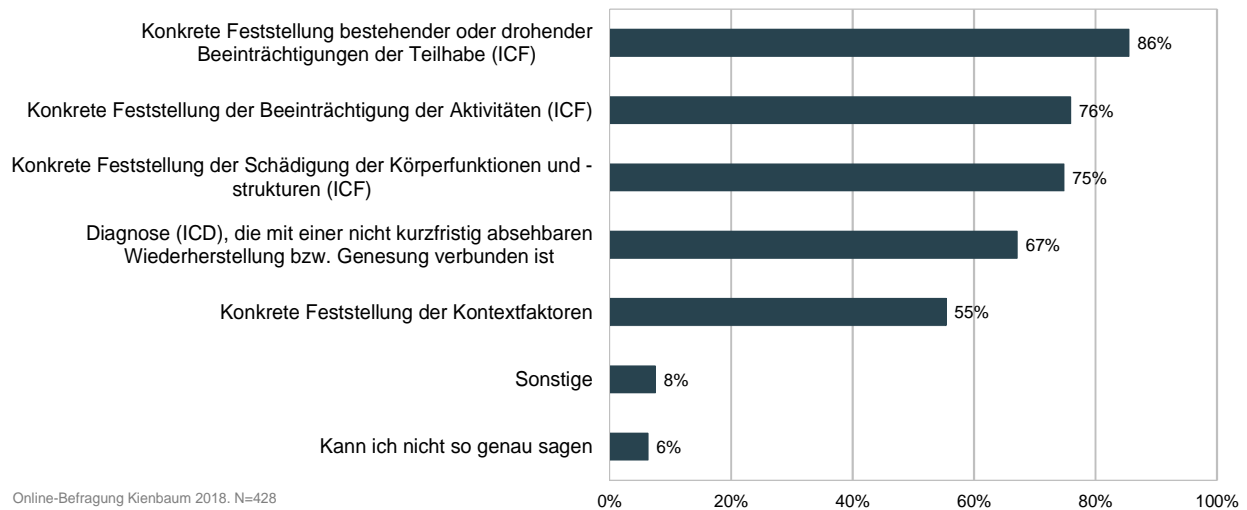


Abbildung 30: Beteiligte Akteure bei der Feststellung, ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht (BA)

Als Basis dieser Beurteilung geben 86 Prozent der Befragten die konkrete Feststellung bestehender und drohender Beeinträchtigungen der Teilhabe (ICF), 76 Prozent die konkrete Feststellung der Beeinträchtigung der Aktivitäten (ICF) und 75 Prozent die Feststellung von Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen (ICF) an. Eine konkrete Feststellung der Kontextfaktoren erfolgt in rund der Hälfte der Fälle. Die Gutachten der internen Fachdienste sind nach Angaben der Fallstudienteilnehmerinnen und -teilnehmer grundsätzlich am bio-psycho-sozialen Modell und der ICF ausgerichtet. Der Ärztliche Dienst (ÄD) beantwortet dabei im Regelfall die konkreten Fragen, die von den Beratungsfachkräften für berufliche Rehabilitation und Teilhabe an ihn gerichtet werden, im Rahmen eines standardisierten Protokolls. Der berufspsychologische Service (BPS) der Bundesagentur für Arbeit arbeitet ebenfalls nicht nur nach festen Fragekatalogen.

Inwieweit sich die bisher nicht vollständige Etablierung der ICF-basierten Bedarfsermittlung auf die Fachdienste oder die in Auftrag gegebenen fachärztlichen Gutachten auswirkt, kann derzeit nicht abschließend beantwortet werden. Dennoch spielt die ICD-Diagnose im Vergleich zu anderen untersuchten Trägern eine deutlich weniger dominante Rolle.

**Auf welcher Basis wird beurteilt, ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht?
(Mehrfachnennung)**



**Abbildung 31: Basis der Beurteilung, ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht
(BA)**

Die am bio-psycho-sozialen Modell orientierte Bedarfsermittlung stellt für die Beratungsfachkräfte für berufliche Rehabilitation und Teilhabe nach eigener Aussage eine gute Orientierungsmöglichkeit für die Feststellung der individuellen Teilhabebedarfe dar und ist in der BA mittlerweile fest verankert. Eine erste Einführung dieser Bedarfsermittlung soll im Juli 2015 erfolgt sein, nachdem der Abschlussbericht „Prüfung von aktuellem Stand und Potential der Bedarfsermittlung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter Berücksichtigung der ICF (Machbarkeitsstudie)“ aus dem Jahr 2014 festgestellt hatte, dass eine solche Bedarfsermittlung im Arbeitsalltag der BA noch nicht etabliert war.

In Abbildung 32 wird aufgezeigt, dass die von der BA genutzten Informationen und Daten für die Bedarfsermittlung immer auch auf den eigenen erstellten medizinischen Unterlagen beruhen und mittels eigener Aktenführung entsprechend dokumentiert werden. Dass partizipative Gespräche zwischen den Beratungsfachkräften für berufliche Rehabilitation und Teilhabe der BA und den leistungsberechtigten Menschen eine Form der Datenerhebung zur Bedarfsermittlung darstellen und einen besonderen Stellenwert innehaben, geben 87 Prozent der Befragten in der Online-Befragung an, was über dem Durchschnittswert aller befragten Träger liegt. Im Rahmen der Fallstudien geben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an, dass ein solches Gespräch (mit Ausnahme von bestimmten einfachen technischen Hilfsmitteln oder einer Fortschreibung von einfachen Leistungen) grundsätzlich bei jeder Antragsstellung stattfindet.

Die partizipativen Gespräche dienen nicht allein dazu, zielführend notwendige Informationen zu gewinnen, sie unterstützen insbesondere auch den Aufbau einer Vertrauensbasis mit den leistungsberechtigten Menschen. Dabei muss darauf verwiesen werden, dass die Durchführung dieser Gespräche sehr aufwendig ist und viele personelle und zeitliche Ressourcen bindet.

Wie werden die notwendigen Informationen und Daten für die Bedarfsermittlung bei Ihrem Träger / in Ihrer Organisation erhoben? (Mehrfachnennung)

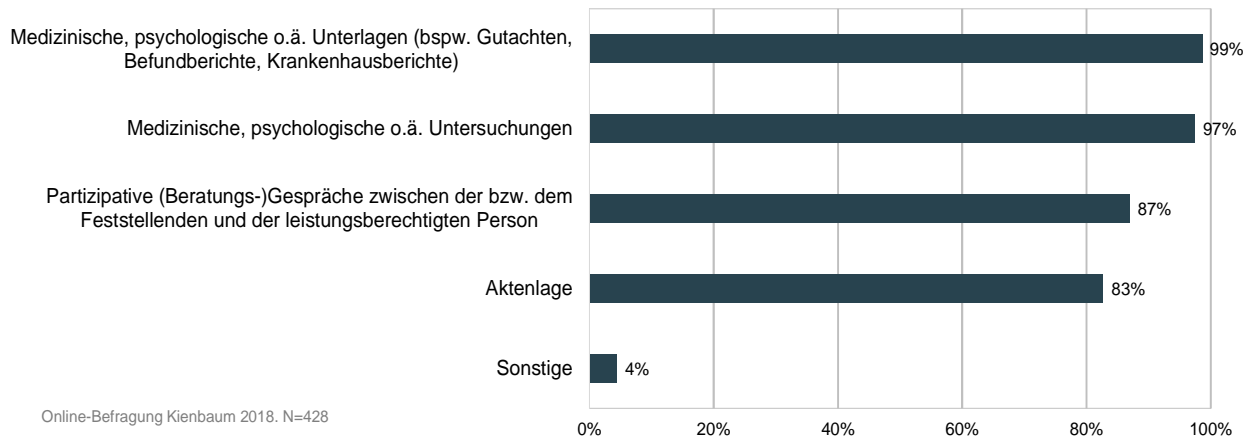


Abbildung 32: Erhebung der Informationen und Daten für die Bedarfsermittlung (BA)

Beurteilung, welche Auswirkung die Behinderung auf die Teilhabe der Leistungsberechtigten hat

Auch bei der Beurteilung der tatsächlichen individuellen Teilhabebeeinträchtigungen werden die internen Fachdienste der BA miteinbezogen.

Wer beurteilt die individuellen Teilhabebeeinträchtigungen der leistungsberechtigten Person? (Mehrfachnennung)

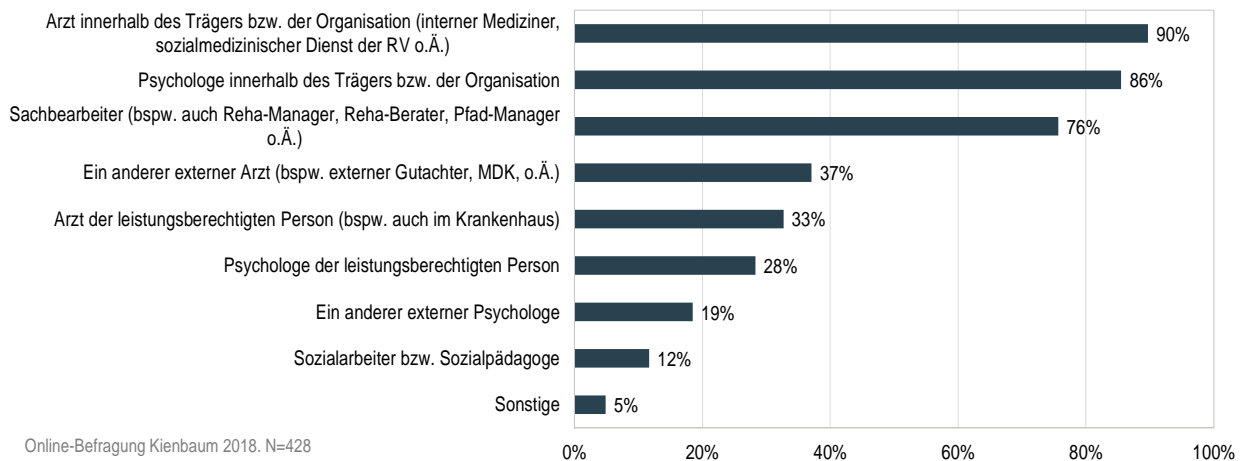
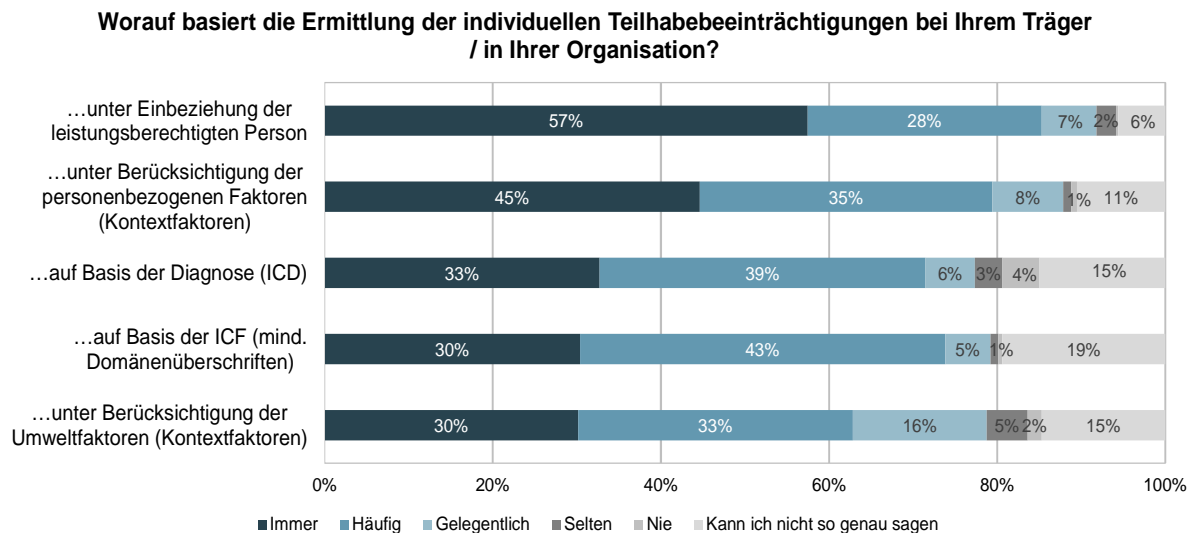


Abbildung 33: Beteiligte Akteure bei der Beurteilung der individuellen Teilhabebeeinträchtigungen (BA)

Die Ermittlung der individuellen Teilhabebeeinträchtigungen in der BA erfolgt mehrheitlich unter Einbeziehung des leistungsberechtigten Menschen. Die genaue Verteilung von Ermittlungsindikatoren wird in Abbildung 34 dargestellt. Auffällig ist in diesem Zusammenhang auch, dass bei der BA sowie bei der gesetzlichen Unfallversicherung die Ermittlung der individuellen Teilhabebeeinträchtigungen nicht primär auf Basis der Diagnose beruht.

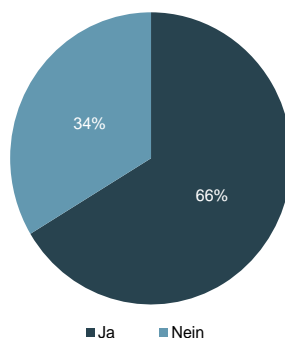


Online-Befragung Kienbaum 2018. N=428

Abbildung 34: Basis der Ermittlung der individuellen Teilhabebeeinträchtigungen (BA)

Dass eine Ermittlung der konkreten Einschränkungen der Teilhabe nach den verschiedenen Leistungsgruppen nach § 5 SGB IX stattfindet, wird bei der BA nur von etwa zwei Dritteln der Teilnehmerinnen und Teilnehmer bejaht. Diesbezüglich liegt die BA unter dem trägerübergreifenden Durchschnitt, der bei 73 Prozent liegt.

Wird dabei bei Ihrem Träger / in Ihrer Organisation ermittelt, welche konkreten Probleme der Teilhabe in verschiedenen Leistungsgruppen (§ 5 SGB IX) bestehen?



Online-Befragung Kienbaum 2018. N=428

Abbildung 35: Ermittlung der konkreten Probleme der Teilhabe in verschiedenen Leistungsgruppen (BA)

Die Teilhabebeeinträchtigungen eines leistungsberechtigten Menschen, die am häufigsten durch die BA erhoben bzw. dokumentiert werden, sind in Abbildung 36 abgebildet.

Teilhabebeeinträchtigungen einer leistungsberechtigten Person können in verschiedenen Bereichen vorliegen. Für welche der folgenden Lebensbereiche erheben Sie bei Ihrem Träger / in Ihrer Organisation Teilhabebeeinträchtigungen? (Mehrfachnennung)

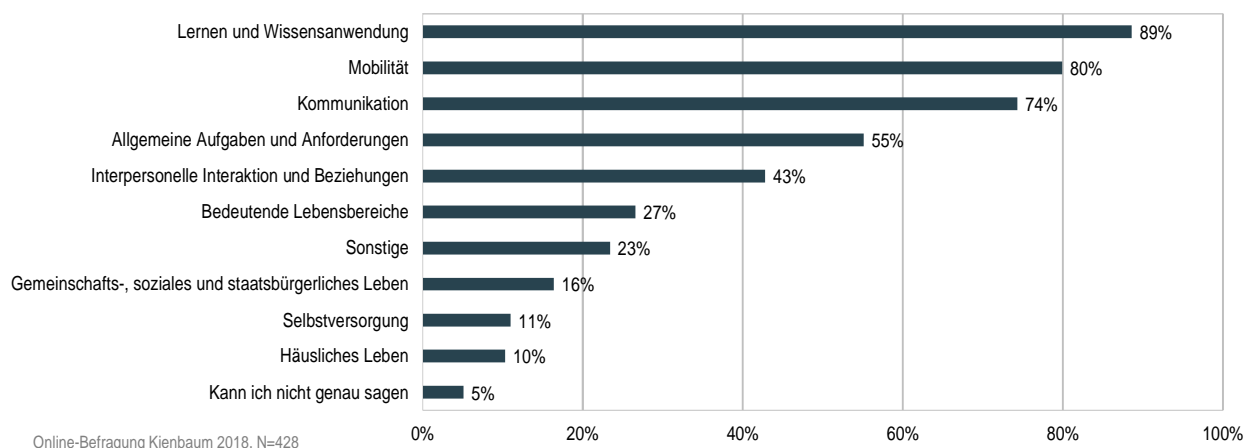


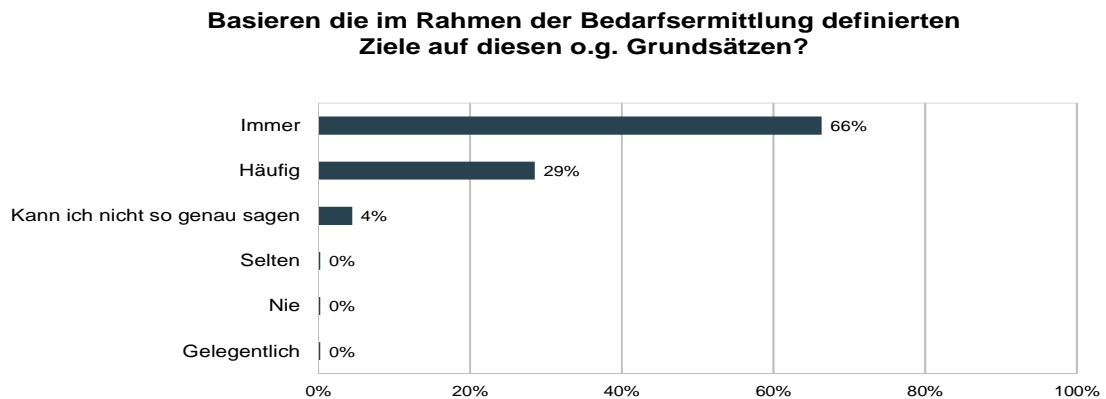
Abbildung 36: Lebensbereiche der Teilhabebeeinträchtigungen (BA)

Die hier ausgewählten Lebensbereiche orientieren sich an der ICF, die keinen Bereich „Arbeitsleben“ ausweist. Insbesondere die Themen Lernen und Wissensanwendung, Mobilität und Kommunikation wurden besonders häufig dokumentiert, wohingegen die Selbstversorgung und das häusliche Leben einen geringeren Umfang aufwiesen. Diese Verteilung ist dabei dem alleinigen Zuständigkeitsbereich der BA – Erst- und Wiedereingliederung ins Berufsleben – geschuldet. Darüberhinausgehende Leistungsbereiche, insbesondere auch solche, die der sozialen Teilhabe zuzuordnen wären, werden augenscheinlich weniger stark berücksichtigt.

Auffällig ist der hohe Anteil von 23 Prozent der Befragten, „Sonstiges“ als zusätzliche Kategorie anzugeben. Im Rahmen der Auswertungen der offenen Angaben zeigt sich, dass die Kategorie „Arbeitsleben“ hier besonders häufig als zusätzlicher Lebensbereich genannt wird.

Einigung, welche Ziele erreicht werden sollen

Die BA befolgt im Rahmen der Bedarfsermittlung die definierten Ziele des Gesetzgebers hinsichtlich der Leistungen zur Teilhabe überwiegend *immer* (66 Prozent) oder *häufig* (29 Prozent). Der Gesetzgeber versteht unter Leistungen zur Teilhabe Sozialleistungen, die darauf abzielen, eine Behinderung abzuwenden, zu verringern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folge zu mindern (dies gilt insbesondere auch in Bezug auf die Erwerbsfähigkeit, die generelle Teilhabe am Arbeitsleben und in Bezug auf die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit). Eine selbstbestimmte Lebensführung, Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und die persönliche Entwicklung sollen mit diesen Leistungen ebenfalls gefördert werden.



Online-Befragung Kienbaum 2018. N=428

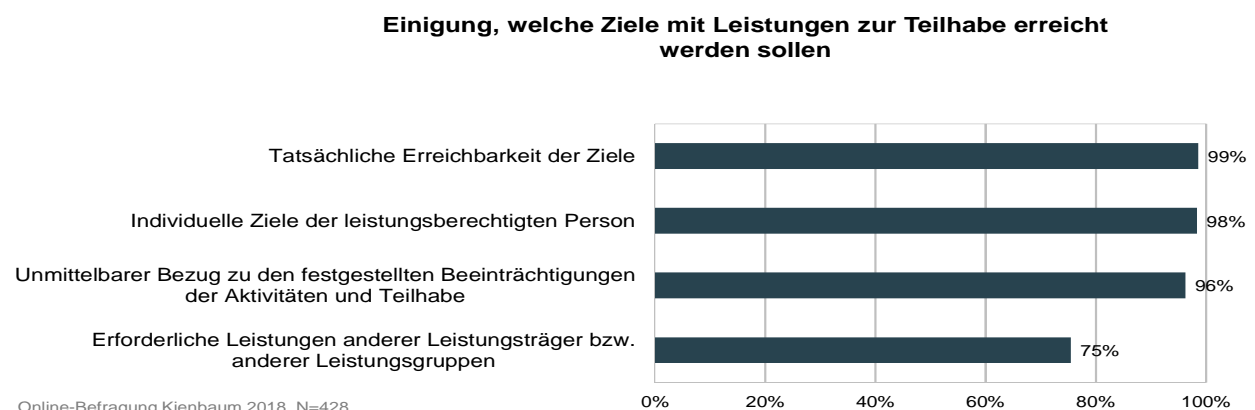
Abbildung 37: Basis der definierten Ziele (BA)

Die BA erbringt Leistungen zur beruflichen Rehabilitation und Teilhabe mittelbar. Sie beauftragt Leistungserbringer, die die notwendigen Rehabilitations- und Teilhabeleistungen bestmöglich ausführen können. Die BA verfügt in diesem Zusammenhang über standardisierte Beschaffungs- und Einkaufsstrukturen.

Aus der nachfolgenden Abbildung 38 wird ersichtlich, dass sowohl die tatsächliche Erreichbarkeit der Ziele (99 Prozent), der individuelle Bezug zum leistungsberechtigten Menschen (98 Prozent) als auch der unmittelbare Bezug zu den festgestellten Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe (96 Prozent) bei der Vereinbarung der Teilhabeziele berücksichtigt werden.

Die hohen Zustimmungswerte zu allen Kriterien lassen den Rückschluss zu, dass durch die konsequente Beteiligung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (z. B. über partizipative Gespräche) die Ziele individueller, unmittelbarer und erfüllbarer formuliert werden können.

Wie bereits zuvor erwähnt, ist der Blick über die Leistungen hinaus auch im Hinblick auf die Zielvereinbarung noch nicht standardmäßig vorgesehen.



Online-Befragung Kienbaum 2018. N=428

Abbildung 38: Einigung, welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen (BA)

Die regelmäßige Einbeziehung der leistungsberechtigten Menschen ist im Rahmen der Bedarfsermittlung zu 97 Prozent in der BA gewährleistet. Wenn leistungsberechtigte Menschen mit eingebunden werden, erfolgt dies im Regelfall persönlich (partizipatives Gespräch zwischen dem leistungsberechtigten Menschen und der Beratungsfachkraft für berufliche Rehabilitation und

Teilhabe sowie gegebenenfalls den Fachdiensten). Die Einbeziehung findet dabei, wie bei LTA üblich, umfassend statt.

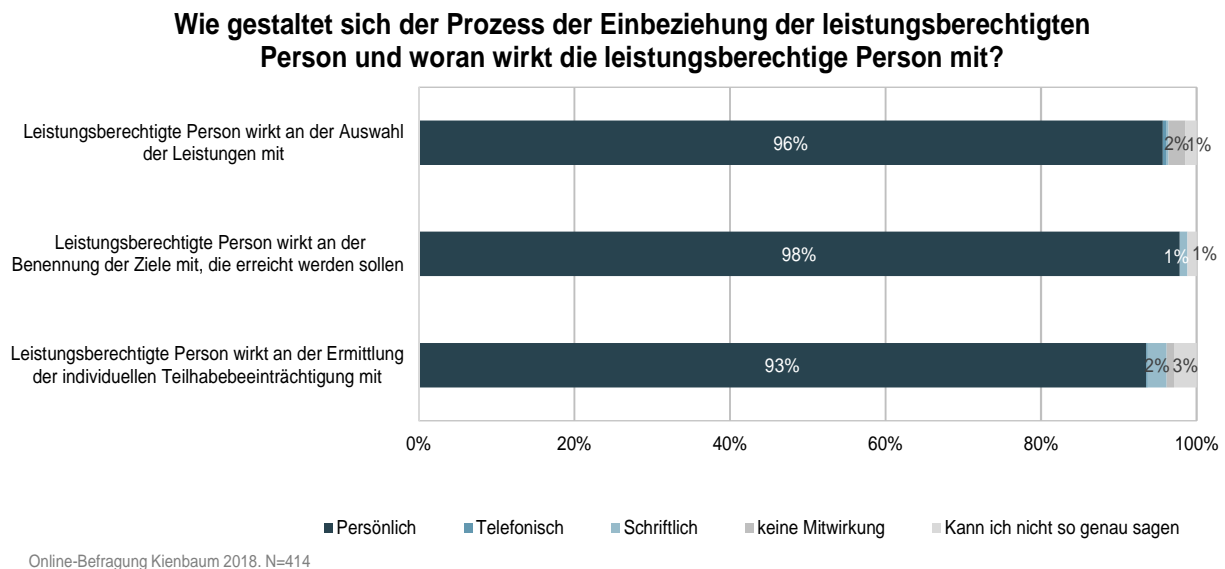


Abbildung 39: Gestaltung des Prozesses zur Einbeziehung des leistungsberechtigten Menschen (BA)

Entscheidung, welche Leistungen voraussichtlich erfolgreich sind

Die Vertreter der Steuerungsebene der BA gaben an, dass die Auswahl der Rehabilitationsleistung, die zur Erreichung der vorher festgelegten Ziele dient, im Regelfall auf Erfahrungswissen beruht. Die Ergebnisse einer durchgeführten systematischen Qualitätsanalyse (§ 37 Abs. 1 SGB IX) spielen bei der Auswahl mit 63 Prozent, im Gegensatz zu den anderen Trägern, eine wichtige Rolle:

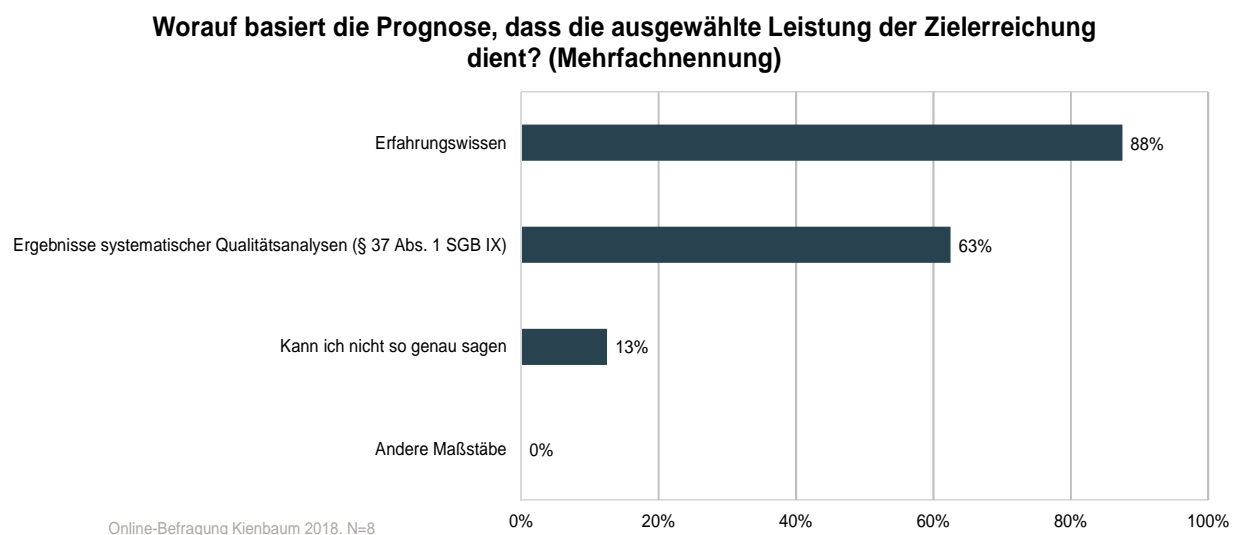


Abbildung 40: Basis der Prognose, dass die ausgewählte Leistung der Zielerreichung dient (BA)

Abbildung 41 zeigt auf, dass Rahmenvereinbarungen mit Leistungserbringern immer (63 Prozent) oder zumindest häufig (37 Prozent) auf die Erreichung konkreter Teilhabeziele ausgerichtet sind.

Sind bei Ihrem Träger / in Ihrer Organisation die Versorgungsverträge / Rahmenvereinbarungen mit Leistungserbringern auf die Erreichung konkreter Teilhabeziele ausgerichtet? (Nur für Respondenten auf Steuerungsebene)

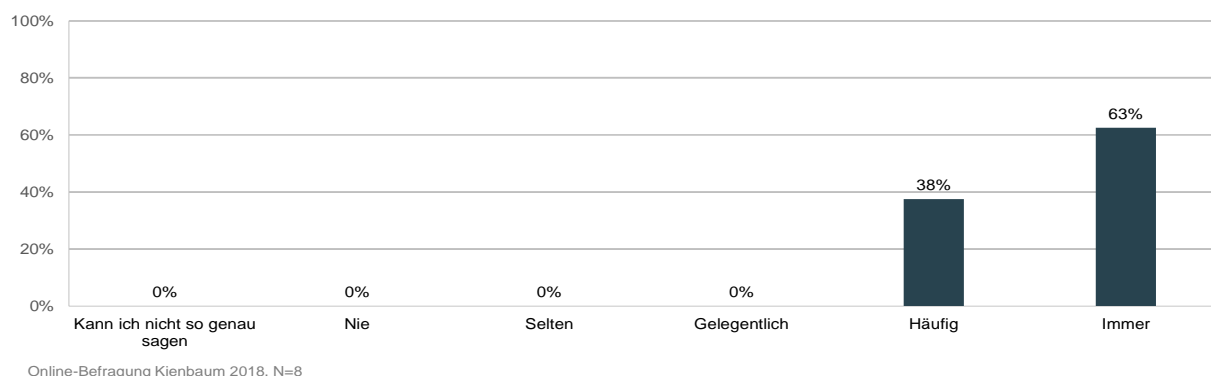


Abbildung 41: Ausrichtung der Versorgungsverträge / Rahmenvereinbarungen auf die Erreichung konkreter Teilhabeziele (BA)

Grundsätzlich wird in diesem Zusammenhang das Wunsch- und Wahlrecht der Menschen mit Behinderungen nach § 8 SGB IX berücksichtigt und unterschiedliche Ansichten zwischen dem leistungsberechtigten Menschen und der Beratungsfachkraft für berufliche Rehabilitation und Teilhabe, die den Rehabilitationsbedarf ermittelt, werden immer dokumentiert.

Wird die Erreichung der individuellen Ziele der leistungsberechtigten Person überprüft (d.h. der Reha-Erfolg)?

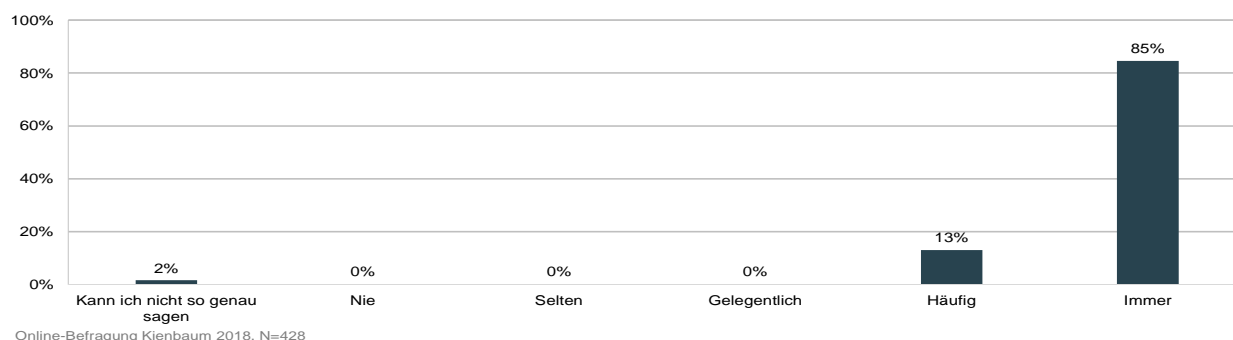


Abbildung 42: Überprüfung der individuellen Zielerreichung / Reha-Erfolg (BA)

Abbildung 42 illustriert, dass die Erreichung der individuellen Ziele des leistungsberechtigten Menschen, d. h. der Rehabilitationserfolg, von der BA fast immer überprüft wird. Insgesamt kommt die BA diesbezüglich auf den höchsten Wert unter den Rehabilitationsträgern. Ein berufliches Rehabilitationsverfahren gilt so beispielsweise nur dann als erfolgreich, wenn die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auch sechs Monate nach Aufnahme einer Beschäftigung noch in dieser tätig sind. Sollte eine Überprüfung stattgefunden haben, werden zudem bei Nichterreichung der ursprünglich definierten Teilhabeziele diese immer angepasst.

Anwendung systematischer Arbeitsprozesse und standardisierter Arbeitsmittel in der Bundesagentur für Arbeit

Zur Vorbereitung auf die eintretenden Veränderungen nach § 13 SGB IX wurden die Beratungsfachkräfte für berufliche Rehabilitation und Teilhabe der BA Ende 2017 geschult. Insgesamt verfügt die BA, ebenso wie die anderen Rehabilitationsträger, über ein Handlungskonzept,

das die Grundlage für die jeweiligen systematischen Arbeitsprozesse, die zur Ausübung ihrer gesetzlichen Verpflichtungen und zur Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation gemäß § 13 SGB IX i. V. m. § 49 SGB IX notwendig sind, bildet. Mit diesem Handlungskonzept sollen insbesondere die Verwaltungsverfahren strukturiert und die Beratungsfachkräfte für berufliche Rehabilitation und Teilhabe bei der Bedarfsermittlung unterstützt werden. Die Handlungskonzepte zur Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation bestehen in der Regel aus verschiedenen Weisungen, Konzepten und Prozessbeschreibungen. Sie beinhalten ferner Ansätze zur Nutzung von Arbeitsmitteln und Gutachten, die zur Durchführung des Verwaltungsverfahrens bedeutsam sind. Neben Gutachten und trägereigenen Arbeitsmitteln (z. B. Antragsformulare, Berichte, Checklisten), werden innerhalb der Handlungskonzepte Einzelinstrumente oder spezifische Arbeitsmittel der Leistungserbringer, je nach Erforderlichkeit und Fragestellung, genutzt.

Die durchgeführte Befragung ergab, dass die BA mit nahezu 100-prozentiger Bestätigung seitens der Befragten über einen festgelegten Bedarfsermittlungsprozess verfügt, was bereits die sehr hohe Standardisierungsquote innerhalb der BA unterstreicht, insbesondere, weil der Wert der BA sogar über dem trägerübergreifenden Durchschnittswert von 90 Prozent liegt.

Abbildung 43 fasst die Aussagen im Hinblick auf systematische Arbeitsmittel zusammen, die sich aus der bundesweiten Befragung ergaben:

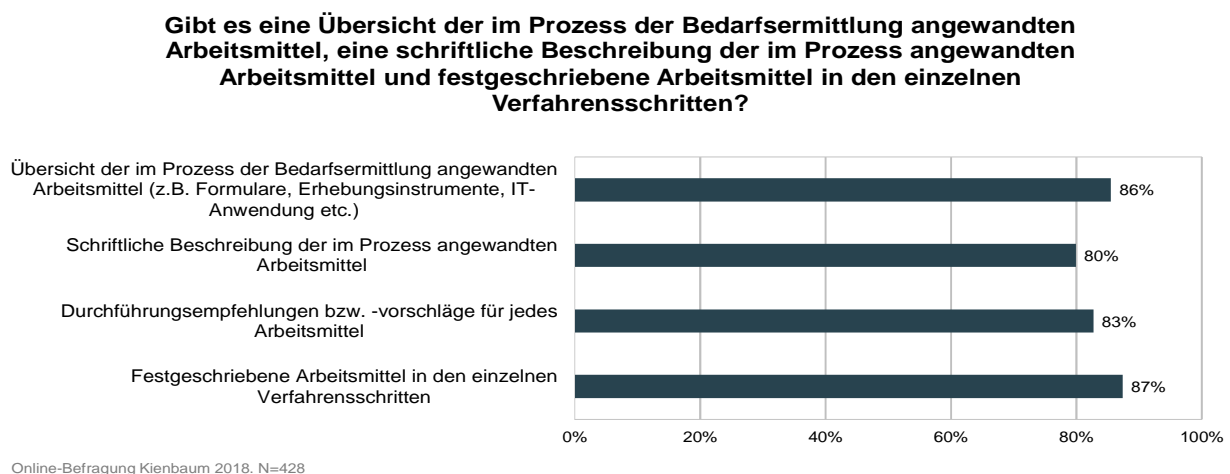


Abbildung 43: Anwendung systematischer Arbeitsprozesse und standardisierter Arbeitsmittel (BA)

Einheitliche Dokumentationsstandards sind in der BA umfassend etabliert, wobei diese Standards in 9 von 10 Fällen den beteiligten Mitarbeitern zugänglich sind. Diese Form der Abweichung ist jedoch bei allen Trägern zu beobachten. In der BA wird mittlerweile ausschließlich mit E-Akten gearbeitet. Die gesetzliche Unfallversicherung kommt diesbezüglich auf dieselben hohen Werte. In der BA werden die Anträge bisher noch in Papierform eingereicht, nach Eingang aber in elektronischer Form abgelegt.

Die Bestandteile der Aktenführung sind Abbildung 44 zu entnehmen. Die Mehrheit der aufgeführten Aspekte ist in den Akten nahezu immer vermerkt. Im Rahmen des Interviews und der Fachdialoge wird zusätzlich darauf verwiesen, dass die entsprechenden Aktenvermerke in der Regel sehr ausführlich gehalten sind und nicht kurzen Notizen gleichen. Die Beratungsfachkräfte für berufliche Rehabilitation und Teilhabe sind dabei aber nicht an Standards im Hinblick auf den Umfang der

Gesprächsnotizen gebunden. Leitfragen zur Strukturierung der Notizen wurden seit Inkrafttreten des Gesetzes neu eingeführt. Insgesamt wurde regelmäßig angeführt, dass aufgrund der Gesetzesnovellierung deutlich mehr Dokumentationsarbeit anfallen würde.

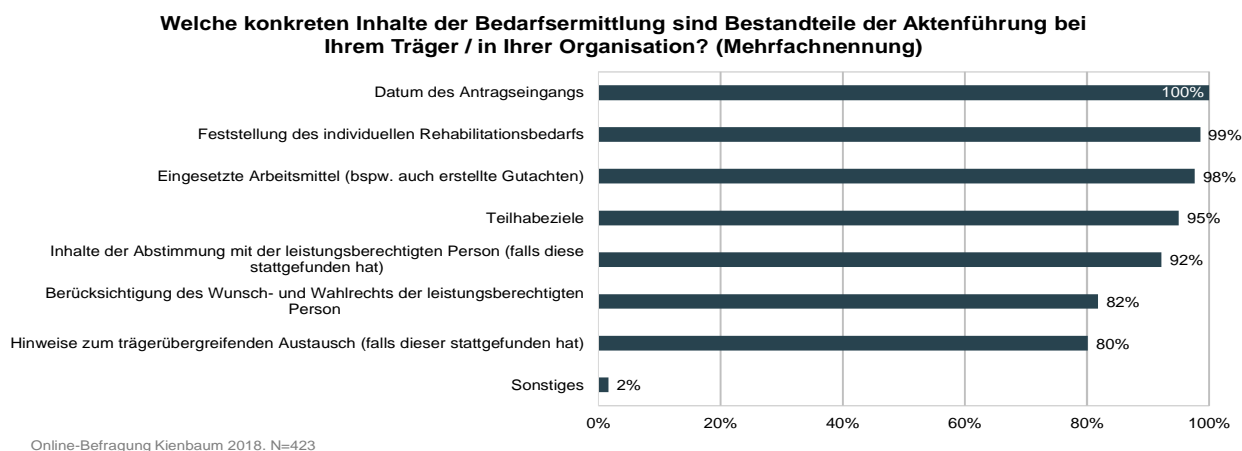


Abbildung 44: Bestandteile der Aktenführung (BA)

3.2.4 Zusammenarbeit mit anderen Trägern

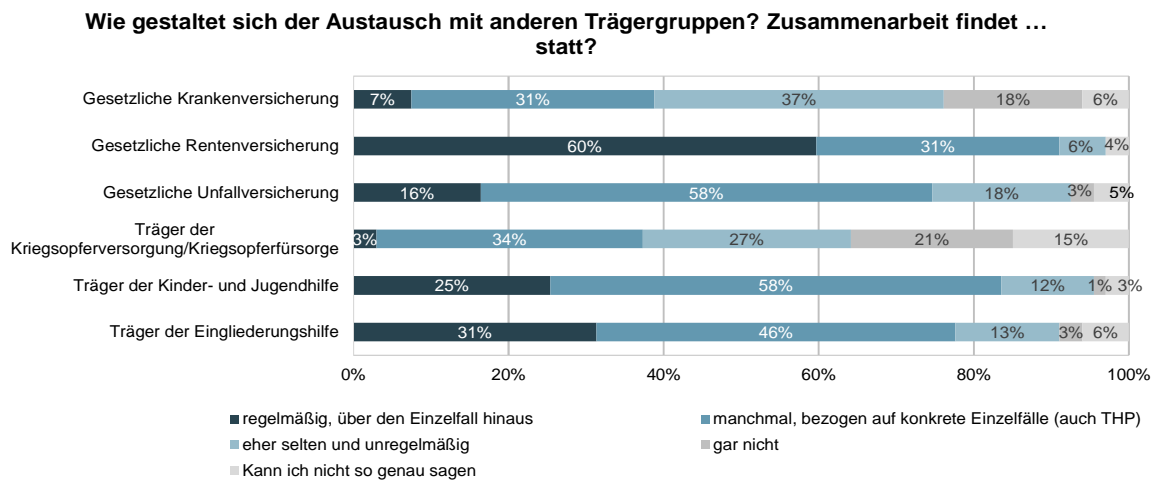
Aufgrund ihres pyramidenförmigen Aufbaus und ihrer gleich organisierten Fachaufsicht werden Konzepte, Vordrucke und Prozesse üblicherweise durch die Zentrale erarbeitet und anschließend über die Regionaldirektionen an die lokalen Agenturen zur Nutzung bzw. Umsetzung weitergeleitet. Die Konzeptpapiere der Zentrale geben den Agenturen für Arbeit einen Handlungsrahmen, innerhalb dessen sie die personellen und finanziellen Ressourcen verteilen können. Auf Ebene der Regionaldirektionen werden unter anderem die Fachdienste wie Ärztlicher Dienst und Berufspsychologischer Service gesteuert.

In Bezug auf die trägergruppenübergreifende Zusammenarbeit wurde im Rahmen des durchgeführten explorativen Interviews und der Fallstudien deutlich, dass das Thema des trägerübergreifenden Schnittstellenmanagements vor dem Hintergrund der neuen Anforderungen nach § 13 SGB IX tendenziell an Bedeutung gewonnen hat. Viele Arbeitsprozesse unterliegen grundsätzlich neuen Fristen; sowohl intern als auch extern sind dabei zahlreiche Schnittstellen zu berücksichtigen.

Eine systematische Zusammenarbeit mit anderen Rehabilitationsträgern, zusätzlich zur Zusammenarbeit in der BAR, findet laut 70 Prozent der Befragten statt, was den höchsten Wert im trägerübergreifenden Vergleich darstellt. Abbildung 45 verdeutlicht, dass die Zusammenarbeit sich dabei je nach Trägergruppe sehr unterschiedlich gestaltet, wobei insbesondere zu den Rentenversicherungsträgern regelmäßige und über den Einzelfall hinausgehende Zusammenarbeitsstrukturen bestehen. Anders als bei den anderen Sozialversicherungsträgern ist auch die Zusammenarbeit mit den steuerfinanzierten Trägern der Kinder- und Jugend- bzw. Eingliederungshilfe stärker ausgeprägt. Dies basiert vor allem auf der Zuständigkeit der BA für die Ersteingliederung ins Berufsleben.

Die Befragten der BA gaben im Rahmen des Interviews und der Fallstudien an, dass sich die örtliche Zusammenarbeit mit der DRV teilweise schwierig gestaltet, insbesondere bei den Themen Dokumentenaustausch, Kommunikationsmöglichkeiten, Fristeneinhaltung und Prozessgestaltung an

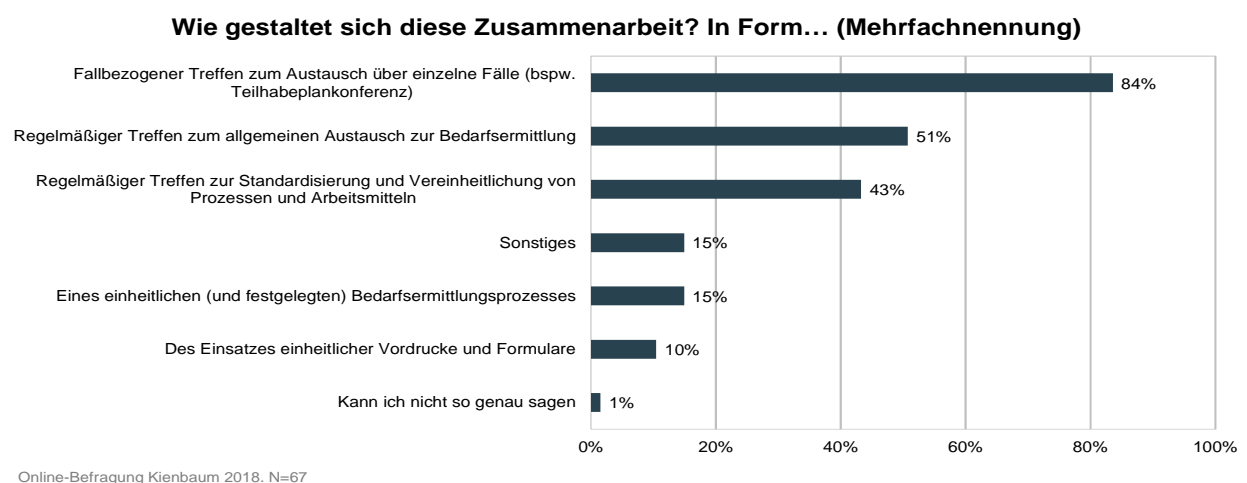
Schnittstellen. Die Zusammenarbeit mit der Jugend- und Eingliederungshilfe gestaltet sich regional ebenfalls sehr unterschiedlich, sodass kein einheitliches Bild festgestellt werden konnte.



Online-Befragung Kienbaum 2018. N=67

Abbildung 45: Zusammenarbeit mit anderen Trägergruppen (BA)

Insgesamt merken insbesondere die Fallstudienteilnehmer an, dass eine Zusammenarbeit mit den Trägern, die LTA erbringen, ausgebaut werden müsse, da die Agenturen in den allermeisten Fällen spätestens zum Zeitpunkt der Arbeitsplatzvermittlung mit den leistungsberechtigten Menschen arbeiten würden. Die BA agiert an dieser Stelle nicht als Trägerin von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, sondern als Trägerin von Leistungen der Arbeitsförderung nach § 19 Abs. 1 Nr. 2 SGB I. Ein frühzeitiger Austausch mit den anderen Rehabilitationsträgern über die die Vermittlung in Arbeit unterstützende LTA sei dabei von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Vermittlung in Arbeit.



Online-Befragung Kienbaum 2018. N=67

Abbildung 46: Art der Zusammenarbeit mit anderen Trägergruppen (BA)

Abbildung 46 legt dar, wie sich die trägergruppenübergreifende Zusammenarbeit aktuell gestaltet. Eine eindeutige Tendenz zum individuellen und fallspezifischen Austausch ist deutlich ersichtlich, wobei Befragte der BA angaben, dass bisher teilweise noch keine signifikante Etablierung von Teilhabekonferenzen erfolgt ist. Der Wunsch nach mehr Teilhabekonferenzen wurde jedoch nochmals hervorgehoben.

Datenaustausch und Datenschutz

Insgesamt ist das Thema Datenschutz nach Auswertung des explorativen Interviews und der Fallstudien im Vergleich zu den anderen Trägern weniger präsent und scheint die Arbeitsprozesse in der BA weniger zu hemmen, als dies bei anderen Trägern der Fall ist. Dennoch wird ebenfalls auf verlangsamte Prozesse und den erschwerten trägerübergreifenden Austausch verwiesen.

Insbesondere die Einholung von Schweigepflichtentbindungen ist für den Prozessablauf maßgeblich und ein zentraler Aspekt im internen Datenschutzgefüge.

Insgesamt wurde im Rahmen der Interviews und Fallstudien der Wunsch nach einer Datenplattform, auf der die grundlegenden Daten der leistungsberechtigten Menschen zur Verfügung stehen, geäußert. Auf diese Plattform sollten alle Rehabilitationsträger Zugriff haben; außerdem sollten auf der Plattform grundlegende Daten zur Verfügung stehen, sodass ein ständiger Austausch mit entsprechenden Arbeits- und Wartezeiten vermieden werden kann.

3.2.5 Zusammenfassung

Die BA verfügt über ein breites Spektrum an Instrumenten. Das „Fachkonzept für Berufliche Rehabilitation und Teilhabe in den Agenturen für Arbeit“ schafft den Rahmen für die Strukturen und Prozesse in den Agenturen vor Ort. In der aktuellen, dem Auftragsnehmer vorliegenden Fassung, vom 21. August 2017 wird dabei auch auf den Personalmehrbedarf von mehr als 550 VZÄ verwiesen, der aus Sicht der Zentrale der BA bei den Agenturen ab dem 1. Januar 2018 zum Inkrafttreten von Teil 1 des SGB IX bestand, „um die Teams für Rehabilitation und Teilhabe sachgerecht auszustatten“²⁴. Dieser Mehrbedarf basiere dabei etwa zur Hälfte auf gesetzlichen Änderungen.²⁵ Noch nicht berücksichtigt wurden Personalmehrbedarfe, die sich mit Inkrafttreten des Teils 2 des SGB IX ab 01. Januar 2020 ergeben. Insbesondere aufgrund der notwendigen Zusammenarbeit mit den steuerfinanzierten Trägern der Kinder- und Jugend- bzw. Eingliederungshilfe im Rahmen der beruflichen Ersteingliederung junger Menschen mit Behinderungen ergibt sich ein neuer und erhöhter Koordinierungs- und Steuerungsaufwand, der weitere Fort- und Weiterbildungsbedarfe sowie eine personelle Aufstockung nach sich zieht.

Durch verschiedene Prozess- und Verfahrensdigramme und Entscheidungsbäume, die durch die Zentrale und die Regionaldirektionen erstellt wurden, werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor Ort in ihrer Arbeit unterstützt. Insbesondere die weitere Standardisierung der Aktenführung und Dokumentation sind in der BA nach Angaben der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer angestoßen worden.

Eine Intensivierung des Austauschs, insbesondere mit den jeweils zuständigen Rentenversicherungen im Einzugsgebiet der lokalen Agentur für Arbeit, wird sich von allen Agenturen, die an den Fallstudien teilgenommen haben, gewünscht, damit sie ihrem Vermittlungsauftrag als Trägerin von Leistungen der Arbeitsförderung für die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der Rentenversicherung besser nachkommen können. In Bezug auf die Zusammenarbeit mit den Trägern der Kinder-, Jugend- und Eingliederungshilfe wird in den Fallstudien darauf verwiesen, dass sich diese zwischen den verschiedenen Gebietskörperschaften gravierend unterscheidet. Teilweise ist die Zusammenarbeit sehr gut und ausgeprägt, wohingegen in anderen Agenturbezirken ein Austausch mit anderen Landkreisen oder Städten praktisch nicht stattfindet.

²⁴ Fachkonzept für Berufliche Rehabilitation und Teilhabe in den Arbeitsagenturen (RP 21-5390/6530 – Stand 21.08.2017), S. 29.

²⁵ Ebd., S. 30.

Grundsätzlich ist auffallend, dass die leistungsberechtigten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der BA in allen Verfahrensabschnitten sehr stark mit eingebunden werden. Zukünftig ist im Rahmen dieser partizipativen Gesprächssituationen darauf abzu zielen, ihre Einheitlichkeit weiter sicherzustellen und die Gespräche insbesondere nach Maßgabe des § 13 Abs. 2 SGB IX zu dokumentieren, um nicht nur für den eigenen Bedarfsermittlungsprozess, sondern auch für die trägerübergreifende Zusammenarbeit und Kooperation Transparenz und Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten.

3.3 Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung

3.3.1 Hintergrund und methodische Hinweise

Die gesetzliche Unfallversicherung ist eine Pflichtversicherung, deren gesetzliche Grundlagen im Siebten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB VII) festgeschrieben sind. Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sind zentrale Rehabilitationsträger, die für alle Leistungen nach § 5 SGB IX zuständig sein können. Zu ihnen gehören die gewerblichen Berufsgenossenschaften, die Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft (in der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau) sowie Versicherungsträger der öffentlichen Hand (beispielsweise in Form von Unfallkassen).²⁶ Die Aufgabenbereiche sind im Vergleich zu anderen Rehabilitationsträgern somit wesentlich weiter gefasst.

Die Aufgaben der gesetzlichen Unfallversicherung orientieren sich an dem Dreiklang Prävention, Wiederherstellung und Entschädigung.²⁷ Zum einen ist es die Aufgabe der gesetzlichen Unfallversicherung, mit den geeigneten Mitteln Versicherungsfälle in Form von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten zu verhindern. Ist ein Versicherungsfall eingetreten und die Gesundheit eines Versicherten beeinträchtigt, so ist es die Aufgabe der gesetzlichen Unfallversicherung, die Leistungsfähigkeit und die Gesundheit des Versicherten wiederherzustellen und den Versicherten oder ihre Hinterbliebenen durch Geldleistungen zu entschädigen. Der Eintritt eines Versicherungsfalls ist dabei die Grundvoraussetzung für die Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung.

Ein zentraler Bestandteil der Arbeit der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung ist das Reha-Management, welches bei ausgewählten (schweren) Unfallfolgen und Berufskrankheiten eingesetzt wird. Das Reha-Management ist die umfassende Planung, Koordinierung und zielgerichtete, aktivierende Begleitung der medizinischen Rehabilitation und aller Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft auf der Grundlage eines individuellen Reha-Plans/ Teilhabepplans unter partnerschaftlicher Einbindung aller am Verfahren Beteiligten.

Im Rahmen dieser Implementationsstudie wurde hinsichtlich der gesetzlichen Unfallversicherung neben einer ausführlichen Dokumenten- und Literaturanalyse ein exploratives Gruppeninterview mit Vertretern der DGUV und Berufsgenossenschaften durchgeführt. An der bundesweiten Befragung nahmen 264 Angestellte der Unfallkassen und Berufsgenossenschaften teil, sodass die Beteiligung der deutschen Unfallversicherung an der bundesweiten Studie sehr ausgeprägt war. Abbildung 47 zeigt auf, dass die Befragten der gesetzlichen Unfallkassen und Berufsgenossenschaften mit rund 65 Prozent mehrheitlich die operative Ebene repräsentierten und in dieser Kategorie somit über dem Durchschnittswert der Befragung von rund 60 Prozent lag.

²⁶ Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2019): Überblick über die Unfallversicherung. (<https://www.bmas.de/DE/Themen/Soziale-Sicherung/Gesetzliche-Unfallversicherung/Ueberblick-gesetzliche-unfallversicherung.html>)

²⁷ Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2019): Überblick über die Unfallversicherung. (<https://www.bmas.de/DE/Themen/Soziale-Sicherung/Gesetzliche-Unfallversicherung/Ueberblick-gesetzliche-unfallversicherung.html>)

Welcher der folgenden organisatorisch-funktionalen Ebenen würden Sie sich zuordnen?

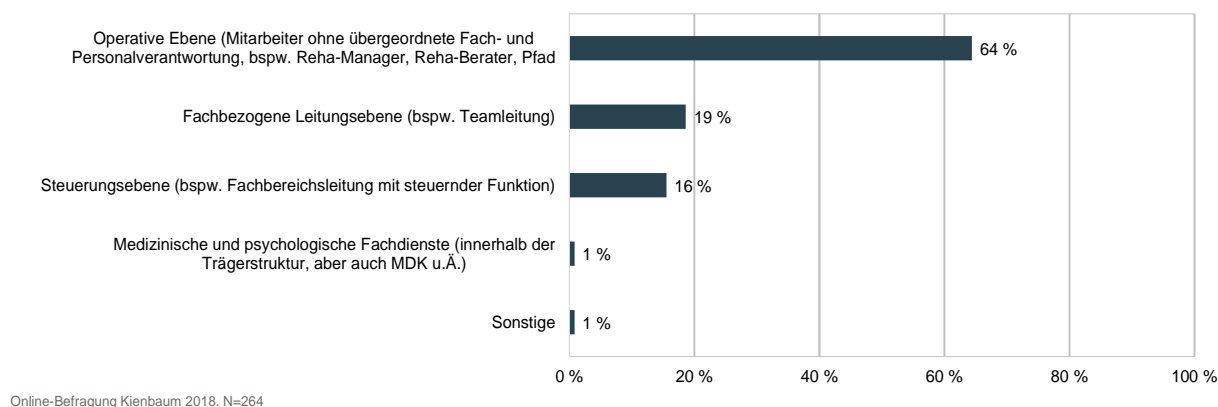


Abbildung 47: Zuordnung der Befragten auf der organisatorisch-funktionalen Ebene (UV)

Die Ergebnisse der Befragung wurden mithilfe von Workshops und Fallstudien mit ausgewiesenen Experten der DGUV und Vertreterinnen und Vertretern der Unfallversicherungsträger im weiteren Evaluationsverfahren kritisch reflektiert und weiter konsolidiert. An den Fallstudien beteiligten sich die Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG), die Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft (BG Bau), die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), die Unfallkasse Nord sowie die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV).

Die folgenden Ergebnisse resultieren aus diesem methodischen Vorgehen.

3.3.2 Ausgangssituation

Bereits im Vorfeld des Inkrafttretens des BTHG fanden bei den Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand erste Überlegungen zur Umsetzung der gesetzlichen Änderungen im Bereich der Rehabilitation, in den entsprechenden Gremien, statt. Zentrale Bestandteile der Vorbereitungen auf die gesetzlichen Änderungen waren die Gründung von Arbeitsgruppen, Veranstaltungsformaten und Schulungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die Veränderungen durch § 13 SGB IX standen dabei verstärkt im Mittelpunkt der Diskussionen. Durch das Inkrafttreten des ersten Teils des BTHG bestand für die Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand zunächst Klärungsbedarf über nötige Handlungserfordernisse hinsichtlich der bereits bestehenden systematischen Arbeitsprozesse und Arbeitsmittel. Im Rahmen einer Fachtagung an der Hochschule der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (HGU) wurden Ende 2017 erstmalig unter dem Titel „BTHG – Handlungserfordernisse für die ges. UV?!“ mögliche Veränderungen diskutiert und weitere umfassendere Maßnahmen im Verlauf des Jahres 2018 eingeleitet.

Die DGUV hat mehrere Arbeitsgruppen auf Dachverbandsebene eingesetzt, um eine Bestandsaufnahme von bestehenden systematischen Arbeitsprozessen und Arbeitsmitteln durchzuführen und gegebenenfalls Weiterentwicklungen vorzuschlagen. Die entstandenen Ergebnisse werden aktuell in der Praxis evaluiert und gegebenenfalls weiter optimiert. Darüber hinaus wurde im Herbst 2018 durch die DGUV eine Arbeitsgruppe zum Thema „BTHG und soziale Teilhabe“ eingesetzt, um unter anderem zu untersuchen, was geeignete Instrumente zur Erfassung von Teilhabebeeinträchtigungen sind.

Auch bei den einzelnen Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung wurden Arbeitsgruppen eingerichtet, um die gesetzlichen Änderungen des BTHG in die bestehenden Prozesse zu implementieren und die gewonnenen Kenntnisse den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im eigenen Haus zur Verfügung zu stellen. Nicht alle Träger arbeiten dabei im gleichen Tempo an den Umsetzungen. Zukünftig sollen Schulungen durchgeführt werden, sobald die entsprechenden Arbeitsgruppen zu abschließenden Ergebnissen kommen und ausreichend Fallbeispiele vorliegen.

3.3.3 Instrumente (Arbeitsprozesse und Arbeitsmittel)

Ausgangspunkt für die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung ist grundsätzlich das Eintreten eines Versicherungsfalls, also eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit. Die folgende Abbildung zeigt die verschiedenen Auslöser des Reha-Prozesses. In den meisten Fällen wird der Reha-Prozess demnach entweder von Amts wegen oder von des leistungsberechtigten Menschen selbst und auf eigene Initiative ausgelöst.²⁸

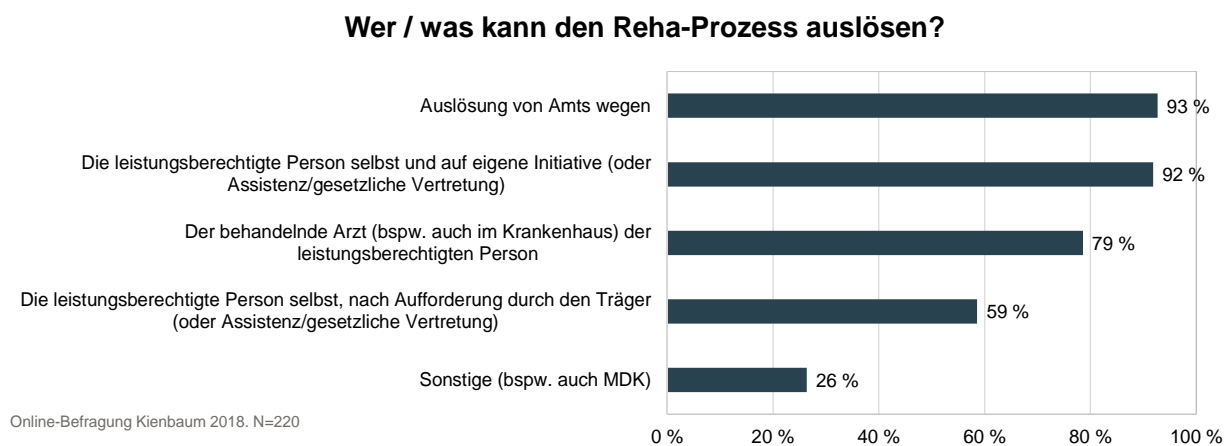


Abbildung 48: Auslöser des Reha-Prozesses (UV)

In Abbildung 49 wird ein beispielhafter Prozess der gesetzlichen Unfallversicherung unter Bezugnahme auf die Fallstudiengespräche dargestellt:

²⁸ Anders als andere Rehabilitationsträger arbeitet die gesetzliche Unfallversicherung grundsätzlich nicht mit Anträgen und wird im Regelfall von Amts wegen tätig. Das Nicht-Vorhandensein eines Antrags stellt die Unfallversicherung insbesondere im Hinblick auf den Teilhabeverfahrensbericht vor die Herausforderung, nicht immer zeitnah genug die erforderlichen statistischen Angaben liefern zu können. Auf Ebene der DGUV wird aktuell an einem „Antragssubstitut“ gearbeitet.

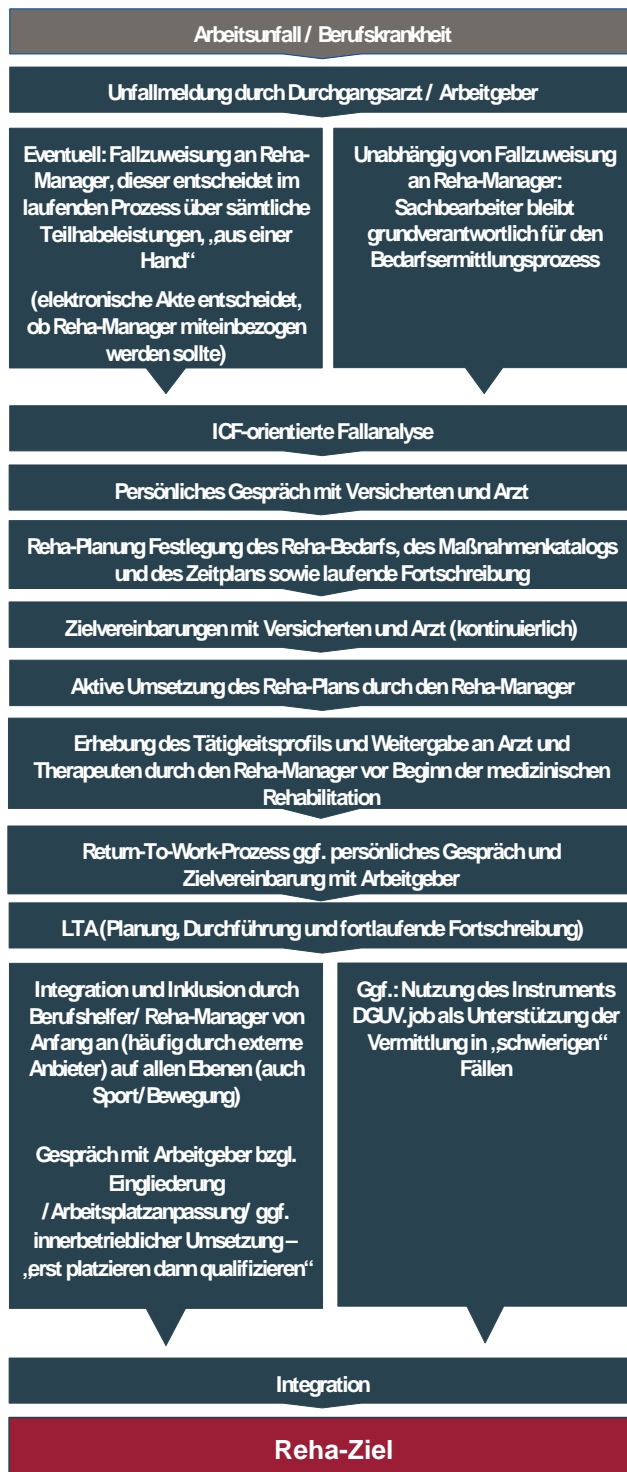


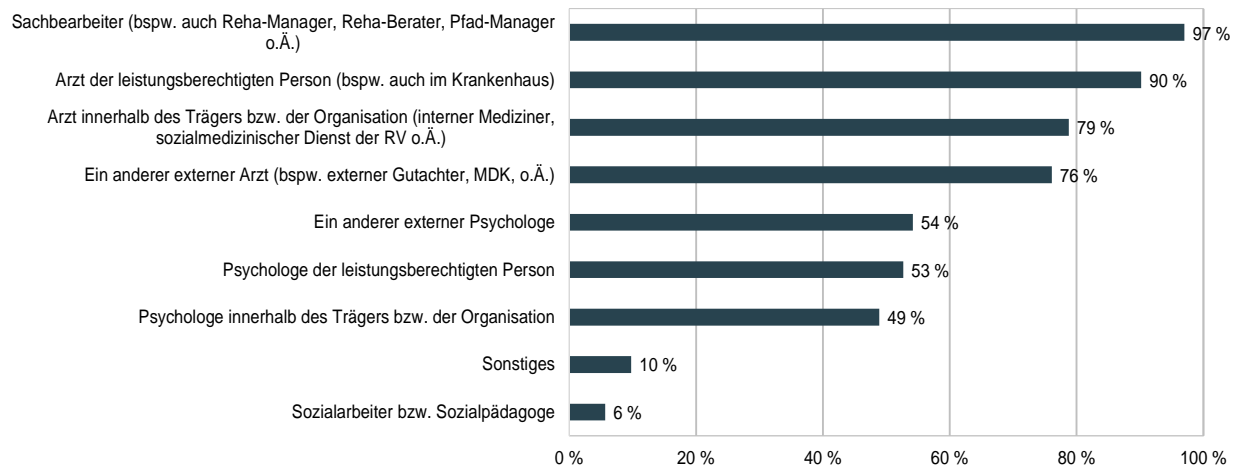
Abbildung 49: Vereinfachte Darstellung des Rehabilitationsbedarfsermittlungsprozesses am Beispiel einer Berufsgenossenschaft (UV)

Feststellung, ob eine Behinderung vorliegt

Die Feststellung, ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht, wird auf der Grundlage der vorliegenden ärztlichen Befundberichte von der Verwaltung, mit den an den Verfahren der Unfallversicherung beteiligten Ärzten, getroffen. Abbildung 50 verdeutlicht, dass die Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter des Trägers am häufigsten an der Feststellung beteiligt sind. In komplexen Fällen ist das persönliche Gespräch mit dem leistungsberechtigten Menschen in jedem

Fall die Grundlage für den Bedarfsermittlungsprozess. Steht ein persönliches Gespräch mit dem leistungsberechtigten Menschen an, so erfolgt die Fallzuleitung in der Regel durch die Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter im Innendienst an die sogenannten Reha-Managerinnen und -Manager, die im Außendienst die persönlichen Gespräche vor Ort durchführen.²⁹ Im trägerübergreifenden Vergleich sind die Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter (bzw. Reha-Manager/Reha-Berater) bei den Unfallkassen und Berufsgenossenschaften somit insgesamt wesentlich stärker an der Feststellung einer Behinderung beteiligt.

Wer ist bei Ihrem Träger / in Ihrer Organisation an der Feststellung beteiligt, ob eine Behinderung vorliegt oder eintreten droht? (Mehrfachnennung)



Online-Befragung Kienbaum 2018. N=264

Abbildung 50: Beteiligte Akteure bei der Feststellung, ob eine Behinderung vorliegt oder eintreten droht (UV)

Basis der Feststellung, ob eine Behinderung vorliegt oder eintreten droht, sind die Diagnose (ICD) mit 83 Prozent, die Feststellung von Schädigungen der Körperfunktionen und –strukturen (ICF) mit ebenfalls 83 Prozent und die konkrete Feststellung der Beeinträchtigung der Aktivitäten (ICF) mit 81 Prozent. Eine konkrete Feststellung der Kontextfaktoren erfolgt bisher in rund 70 Prozent der Fälle und wird somit deutlich häufiger berücksichtigt als es bei den anderen Trägern der Fall ist. Die Bedeutung der Erhebung von Kontextfaktoren und anderer Einflussfaktoren für die Bedarfsermittlung ist jedoch bei den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung bekannt und wird in die Ermittlung der Bedarfe in der Regel miteinbezogen und abgefragt.

²⁹ Nicht bei allen Unfallversicherungsträgern existiert eine Arbeitsteilung zwischen Innen- und Außendienst.

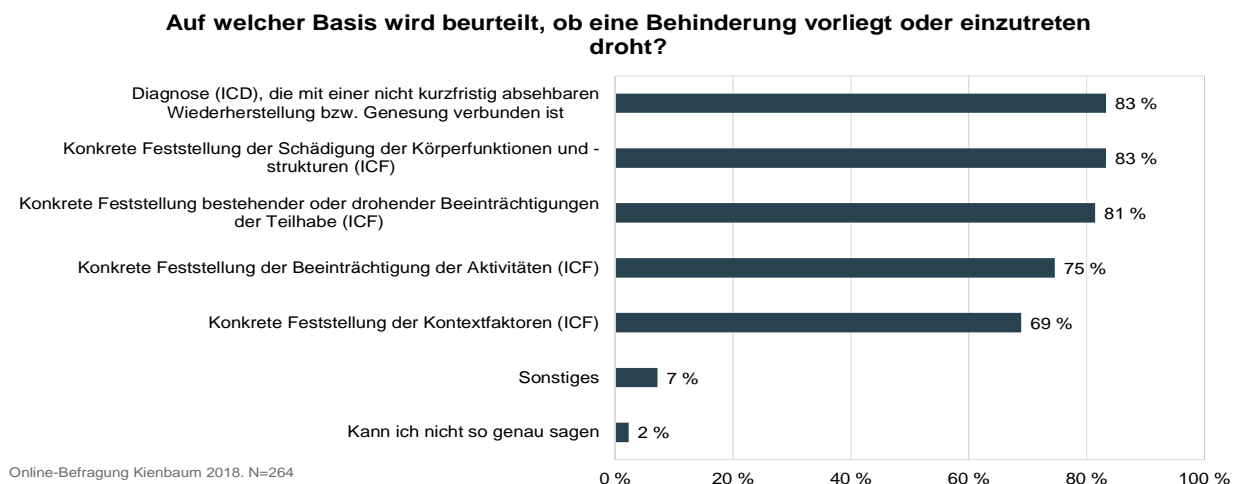


Abbildung 51: Basis der Feststellung, ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht (UV)

Die im Zusammenhang mit dem BTHG eingesetzten Arbeitsgruppen haben sich umfangreich mit dem bio-psycho-sozialen Modell beschäftigt und bereits Maßnahmen eingeleitet, um dieses noch stärker in die eigenen Arbeitsprozesse zu integrieren.

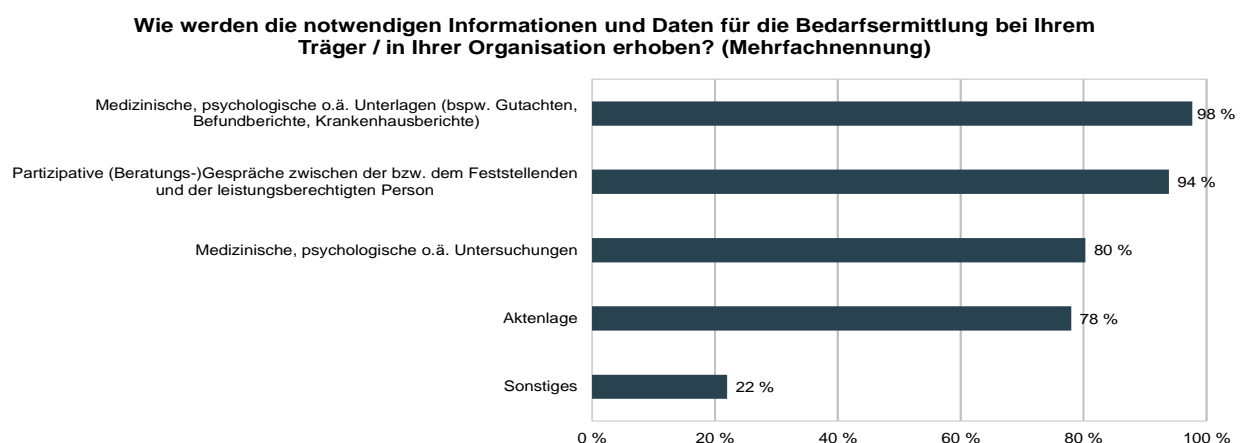


Abbildung 52: Erhebung der Informationen und Daten für die Bedarfsermittlung (UV)

In Abbildung 52 wird aufgezeigt, dass die von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung genutzten Informationen und Daten für die Bedarfsermittlung fast ausschließlich auf den erhaltenen medizinischen Unterlagen und partizipativen Gesprächen beruhen. Die Bedeutung des partizipativen Gesprächs wurde auch im Rahmen des explorativen Interviews und der Fallstudien als das Hauptinstrument der Bedarfsermittlung hervorgehoben. Zu dem größten Nutzen des persönlichen Gesprächs gehören nach Aussagen der einzelnen Träger der Aufbau einer Vertrauensbasis mit dem leistungsberechtigten Menschen, die es ermöglicht, umfangreiche Informationen zu dem konkreten Anliegen und den Umständen des leistungsberechtigten Menschen zu erhalten und somit am zielführendsten zentrale Informationen zu gewinnen. Insbesondere relevante Hintergrundinformationen, die ein Formular aufgrund von datenschutzrechtlichen Bestimmungen nicht im Umfang eines persönlichen Gesprächs abdecken könne, seien für die Bedarfsermittlung von

Vorteil. Dabei wird jedoch darauf verwiesen, dass diese Form der Informationsgewinnung sehr aufwendig sei und viele personelle und zeitliche Ressourcen einbinde.

Beurteilung, welche Auswirkung die Behinderung auf die Teilhabe der Leistungsberechtigten hat

Auch die Beurteilung der tatsächlichen individuellen Teilhabeeinschränkungen erfolgt hauptsächlich durch die eigenen Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter auf der Grundlage einer ärztlichen Einschätzung. Durch den Vergleich von Abbildung 50 und Abbildung 53 wird ersichtlich, dass die Einbindung von ärztlichem Personal hier leicht weniger häufig vorkommt und somit die Verantwortung der Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter weiter ansteigt.

Wer beurteilt die individuellen Teilhabeeinschränkungen der leistungsberechtigten Person? (Mehrfachnennung)

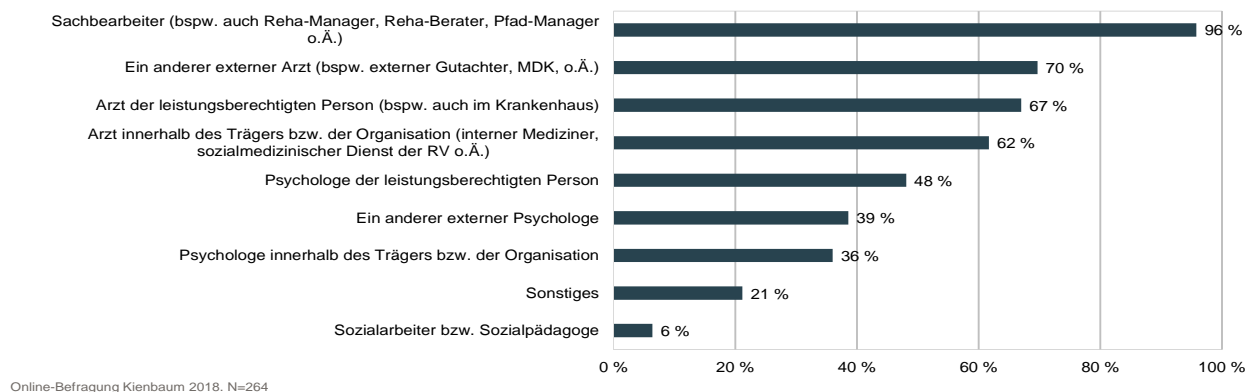


Abbildung 53: Beteiligte Akteure Beurteilung der individuellen Teilhabeeinträchtigungen (UV)

Die nachfolgende Abbildung bestätigt die intensive Einbeziehung des leistungsberechtigten Menschen in den Bedarfsermittlungsprozess und zeigt die Verteilung der einzelnen Indikatoren der Bedarfsermittlung. Auffällig ist auch in diesem Zusammenhang, dass bei den Unfallkassen und Berufsgenossenschaften die Ermittlung der individuellen Teilhabeeinträchtigungen nicht primär auf Basis der Diagnose beruht.

Worauf basiert die Ermittlung der individuellen Teilhabeeinträchtigungen bei Ihrem Träger / in Ihrer Organisation?

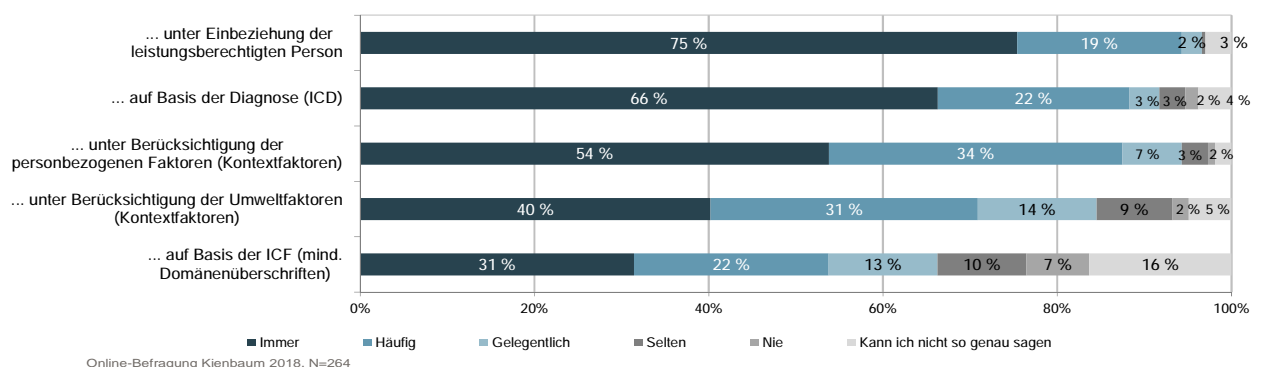
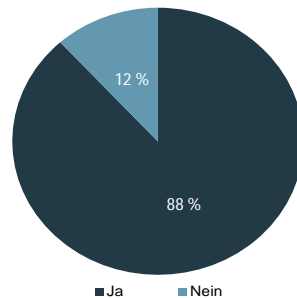


Abbildung 54: Basis der Ermittlung der individuellen Teilhabeeinträchtigungen (UV)

Die Ermittlung der konkreten Probleme der Teilhabe in verschiedenen Leistungsgruppen nach § 5 SGB IX wird zu 88 Prozent von den Unfallkassen und Berufsgenossenschaften wahrgenommen. Dies zeigt die Abbildung 55. Diesbezüglich liegen die Unfallkassen und Berufsgenossenschaften deutlich

über dem trägerübergreifenden Durchschnitt, der bei 73 Prozent liegt. Ein Grund für dieses überdurchschnittliche Ergebnis ist dabei sicherlich die vollumfängliche Zuständigkeit der Unfallversicherungsträger für Ihre Rehabilitanden, insofern die Bedürftigkeit dem Kausalitätsprinzip folgt, das heißt sofern die Bedürftigkeit auf den Arbeitsunfall oder die Berufskrankheit zurückzuführen ist.

Wird dabei bei Ihrem Träger / in Ihrer Organisation ermittelt, welche konkreten Probleme der Teilhabe in verschiedenen Leistungsgruppen (§ 5 SGB IX) bestehen?

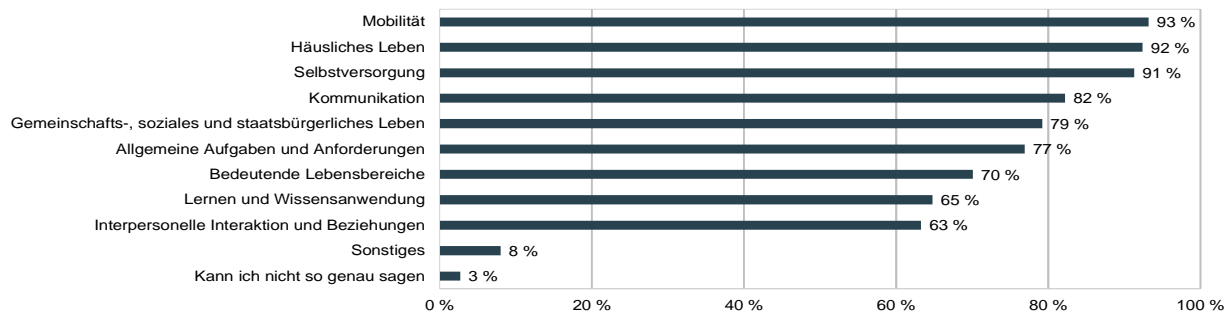


Online-Befragung Kienbaum 2018. N=264

Abbildung 55: Ermittlung der konkreten Probleme der Teilhabe in verschiedenen Leistungsgruppen (UV)

Die Teilhabebeeinträchtigungen eines leistungsberechtigten Menschen, die am häufigsten durch die Unfallkassen und Berufsgenossenschaften erhoben bzw. dokumentiert werden, sind in Abbildung 56 abgebildet.

Teilhabebeeinträchtigungen einer leistungsberechtigten Person können in verschiedenen Bereichen vorliegen. Für welche der folgenden Lebensbereiche erheben Sie bei Ihrem Träger / in Ihrer Organisation Teilhabebeeinträchtigungen? (Mehrfachnennung)



Online-Befragung Kienbaum 2018. N=264

Abbildung 56: Lebensbereiche der Teilhabebeeinträchtigungen (UV)^

Hier zeigt sich erneut die vollumfängliche Zuständigkeit der Unfallversicherungsträger für Ihre Rehabilitanden im Hinblick auf alle Leistungsbereiche nach § 5 SGB IX, die sich in den Lebensbereichen der ICF abbilden lassen. Als einziger Sozialversicherungsträger, der auch Leistungen zur Teilhabe am sozialen Leben erbringt, steht beispielsweise auch der Lebensbereich „Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben“ in acht von zehn Fällen auf der Agenda.

Einigung, welche Ziele erreicht werden sollen

Der Gesetzgeber versteht unter Leistungen zur Teilhabe nach § 4 SGB IX notwendige Sozialleistungen, die darauf abzielen, eine Behinderung abzuwenden, zu verringern, ihre

Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folge zu mindern. Diese gelten auch in Bezug auf die Vermeidung von Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit sowie die dauerhafte Sicherung der generellen Teilhabe am Arbeitsleben. Eine selbstbestimmte Lebensführung, Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und die ganzheitliche persönliche Entwicklung sollen mit diesen Leistungen ebenfalls gefördert werden. Die Online-Befragung hat ergeben, dass die Unfallkassen und Berufsgenossenschaften im Rahmen der Bedarfsermittlung die definierten Ziele des Gesetzgebers hinsichtlich der Leistungen zur Teilhabe überwiegend *immer* (69 Prozent) oder *häufig* (29 Prozent) befolgen, wie die folgende Abbildung veranschaulicht:

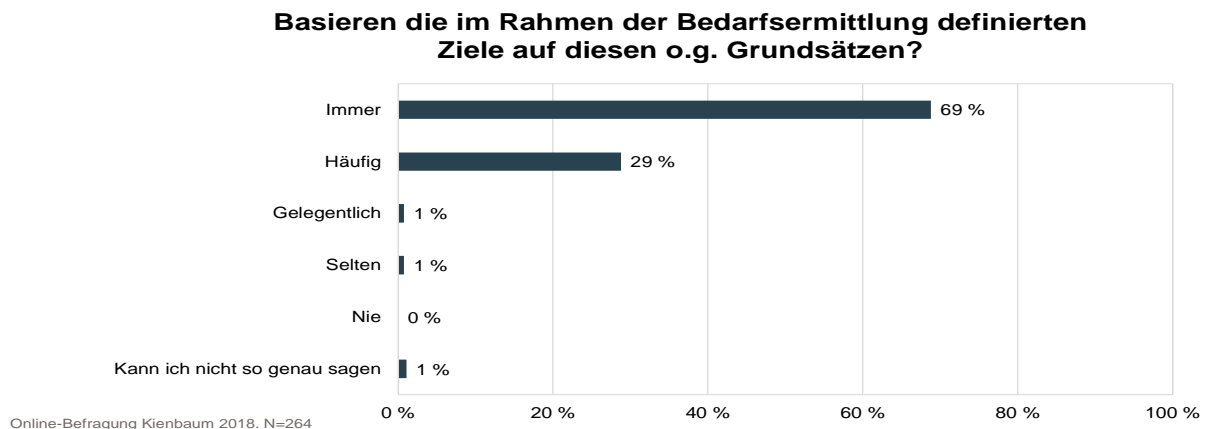


Abbildung 57: Basis der definierten Ziele (UV)

In der Frage, welche Ziele mit den Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen, zeigt die Abbildung 58, dass die tatsächliche Erreichbarkeit der Ziele das maßgebliche Kriterium sei. Die individuellen Ziele des leistungsberechtigten Menschen und der unmittelbare Bezug zu den festgestellten Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe werden ebenfalls zu den wichtigsten Kriterien der Leistungen zur Teilhabe gezählt. Die hohen Zustimmungswerte zu allen Kriterien basieren dabei sicherlich auch auf den Einschätzungen, die durch die partizipativen Gespräche mit den Rehabilitanden getroffen werden können. Auf diese Weise lassen sich die Ziele individueller, unmittelbarer und erfüllbarer formulieren.

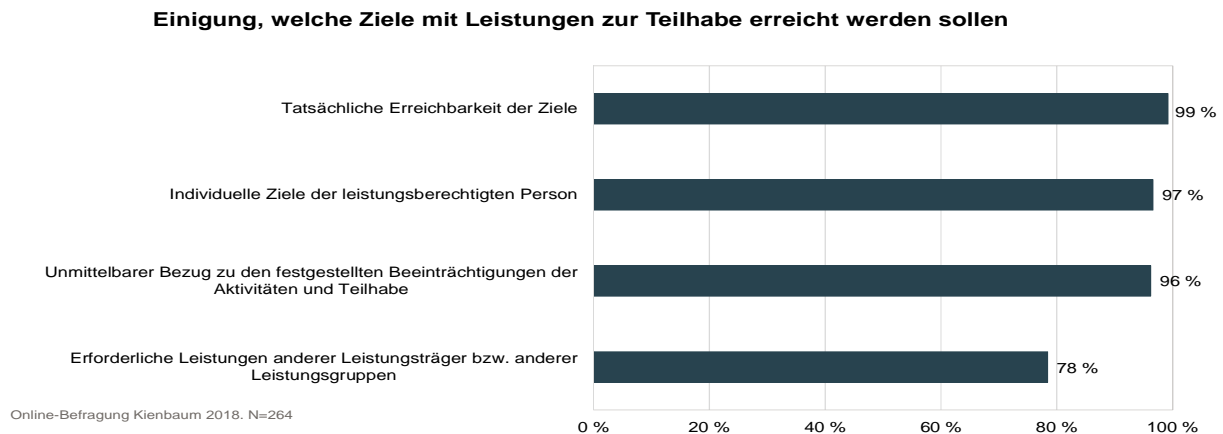


Abbildung 58: Einigung, welche Ziele mit den Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen (UV)

Die regelmäßige Einbeziehung des leistungsberechtigten Menschen ist im Rahmen der Bedarfsermittlung zu 98 Prozent in den Unfallkassen und Berufsgenossenschaften gewährleistet. Im Gegensatz zu den anderen Trägergruppen ist dabei das persönliche Gespräch das häufigste Mittel der Einbindung. Wenn leistungsberechtigte Menschen mit eingebunden wurden, können sie mehrheitlich an der Auswahl der Leistungen, an der Benennung der Ziele, die erreicht werden sollen sowie an der Ermittlung der individuellen Teilhabebeeinträchtigungen mitwirken.

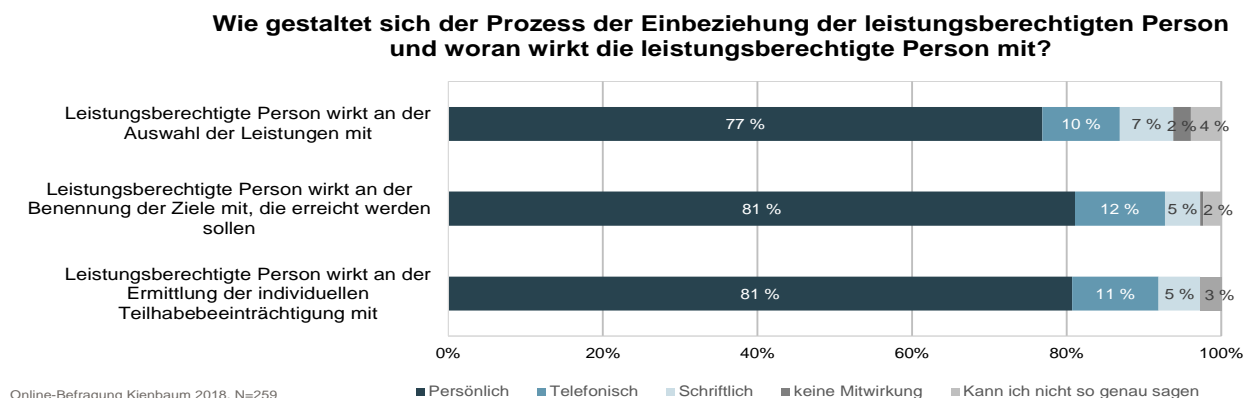


Abbildung 59: Gestaltung des Prozesses der Einbeziehung des leistungsberechtigten Menschen (UV)

Entscheidung, welche Leistungen voraussichtlich erfolgreich sind

Die Vertreterinnen und Vertreter der Steuerungsebene der Unfallkassen und Berufsgenossenschaften gaben an, dass die Auswahl der Reha-Leistung, die zur Erreichung der vorher festgelegten Ziele dient, zu 95 Prozent auf Erfahrungswissen beruht. Die Ergebnisse durchgeführter systematischer Qualitätsanalysen (§ 37 Abs. 1 SGB IX) spielen bei der Auswahl mit 29 Prozent hingegen eine vergleichsmäßig geringfügige Rolle.

**Worauf basiert die Prognose, dass die ausgewählte Leistung der Zielerreichung dient?
(Mehrfachnennung)**

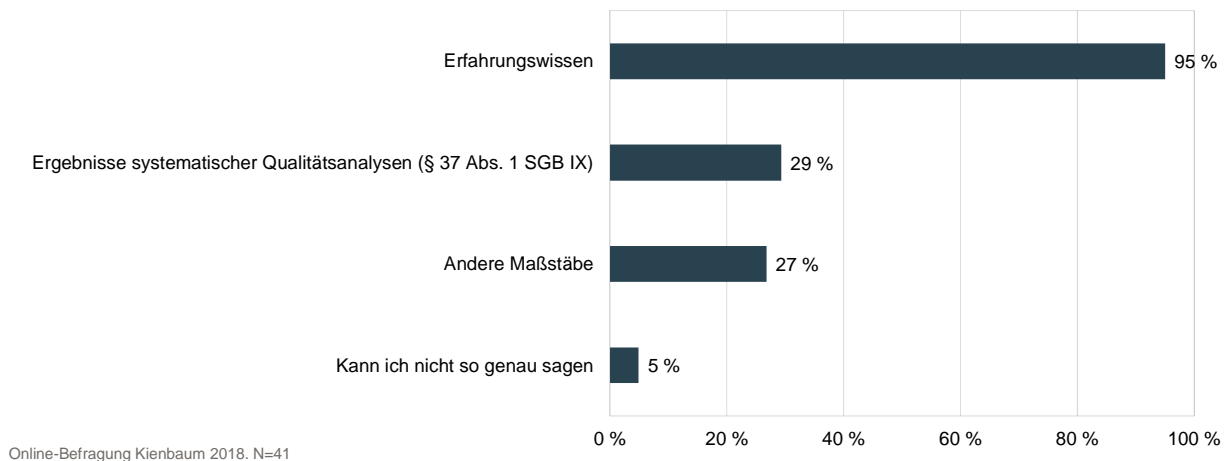


Abbildung 60: Basis der Prognose, dass die ausgewählte Leistung der Zielerreichung dient (UV)

Abbildung 61 zeigt auf, dass Rahmenvereinbarungen mit Leistungserbringern immer oder zumindest häufig auf die Erreichung konkreter Teilhabeziele ausgerichtet sind, wobei diesbezüglich bei etwa 20 Prozent der Befragten auch eine große Ungewissheit herrscht.

**Sind bei Ihrem Träger/ in Ihrer Organisation die Versorgungsverträge /
Rahmenvereinbarungen mit Leistungserbringern auf die Erreichung konkreter
Teilhabeziele ausgerichtet? (nur für Respondenten auf Steuerungsebene)**

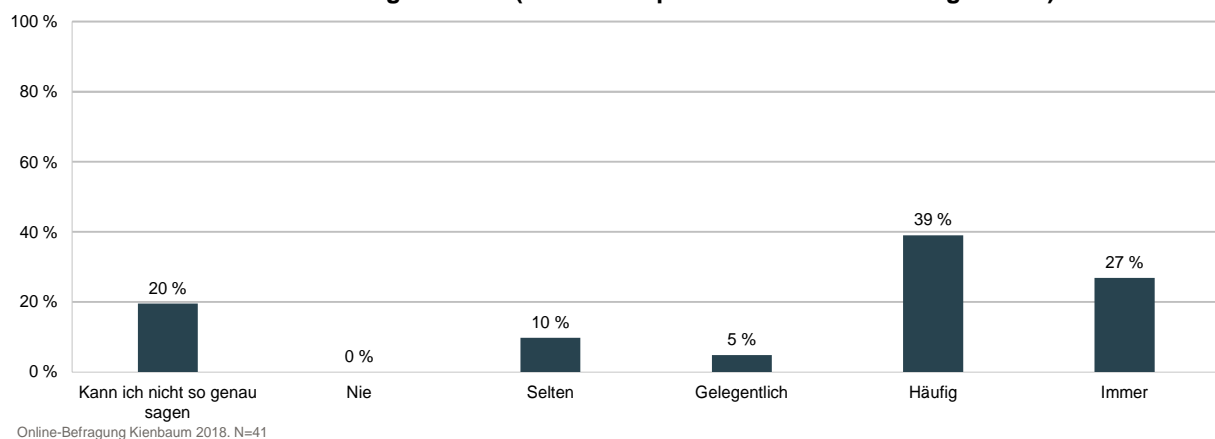


Abbildung 61: Ausrichtung der Versorgungsverträge / Rahmenvereinbarungen auf die Erreichung konkreter Teilhabeziele (UV)

Grundsätzlich wird in diesem Zusammenhang das Wunsch- und Wahlrecht des leistungsberechtigten Menschen nach § 8 SGB IX berücksichtigt und unterschiedliche Ansichten zwischen dem/den leistungsberechtigten Menschen und demjenigen Menschen, der den Rehabilitationsbedarf ermittelt, werden immer dokumentiert.

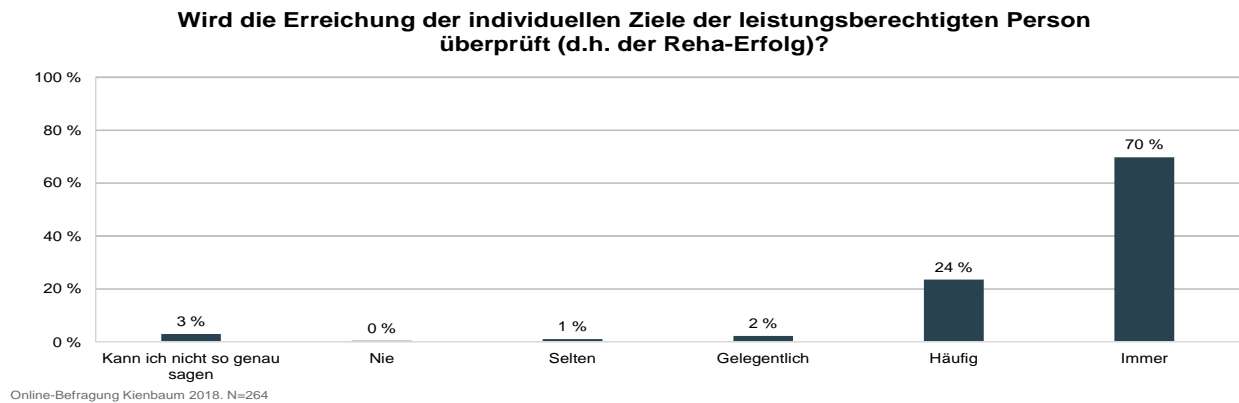


Abbildung 62: Überprüfung der individuellen Zielerreichung / Reha-Erfolg (UV)

Abbildung 62 illustriert, dass die Erreichung der individuellen Ziele des leistungsberechtigten Menschen, d. h. der Reha-Erfolg, von den Unfallkassen und Berufsgenossenschaften fast immer überprüft wird. Sollte eine Überprüfung stattgefunden haben, werden zudem bei Nichterreichung der ursprünglich definierten Ziele diese immer entsprechend angepasst.

Anwendung systematischer Arbeitsprozesse und standardisierter Arbeitsmittel bei Unfallkassen und Berufsgenossenschaften

Insgesamt verfügen die Unfallkassen und Berufsgenossenschaften, ebenso wie die anderen Rehabilitationsträger, über Handlungskonzepte, die Grundlage für die jeweiligen systematischen Arbeitsprozesse, die zur Ausübung ihrer gesetzlichen Verpflichtungen zur Bedarfsermittlung in der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation gemäß § 13 SGB IX notwendig sind, bilden. Die Unfallversicherung setzt einheitliche Formtexte ein, hierbei ist ein wichtiges Instrument der Reha-Plan, mit dem konkrete Bedarfe und Ziele festgehalten werden. Weitere Instrumente sind beispielsweise die Handlungsleitfäden Reha-Management, Pflege und Psyche.

Die durchgeführte Befragung ergab, dass die Unfallkassen und Berufsgenossenschaften mit rund 85 Prozent über festgelegte Bedarfsermittlungsprozesse verfügen, was bereits die hohe Standardisierungsquote innerhalb der Unfallkassen und Berufsgenossenschaften unterstreicht. Dennoch liegt der Wert der Unfallkassen und Berufsgenossenschaften unter dem trägerübergreifenden Durchschnittswert von 90 Prozent. Im Rahmen des Validierungs-Workshops betonten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Wichtigkeit der individuellen Fallbetrachtung. Sie heben hervor, dass selbstverständlich Standardprozesse die Grundlage bilden. Durch die starke Einzelfallorientierung wird die Struktur der konkreten Fallbearbeitung nicht von allen Beschäftigten als Folge eines vorgegebenen Standardprozesses betrachtet.

Abbildung 63 verdeutlicht, dass die bestehenden Arbeitsmittel nicht bei allen Antwortenden vollständig bekannt sind oder deren Einsatz unklar bleibt. Auch dies begründen die Workshop-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer damit, dass teilweise Beschäftigte mit einem sehr spezifischen Wirkungsfeld auf die Fragen geantwortet haben.

Gibt es eine Übersicht der im Prozess der Bedarfsermittlung angewandten Arbeitsmittel, eine schriftliche Beschreibung der im Prozess angewandten Arbeitsmittel und festgeschriebene Arbeitsmittel in den einzelnen Verfahrensschritten?

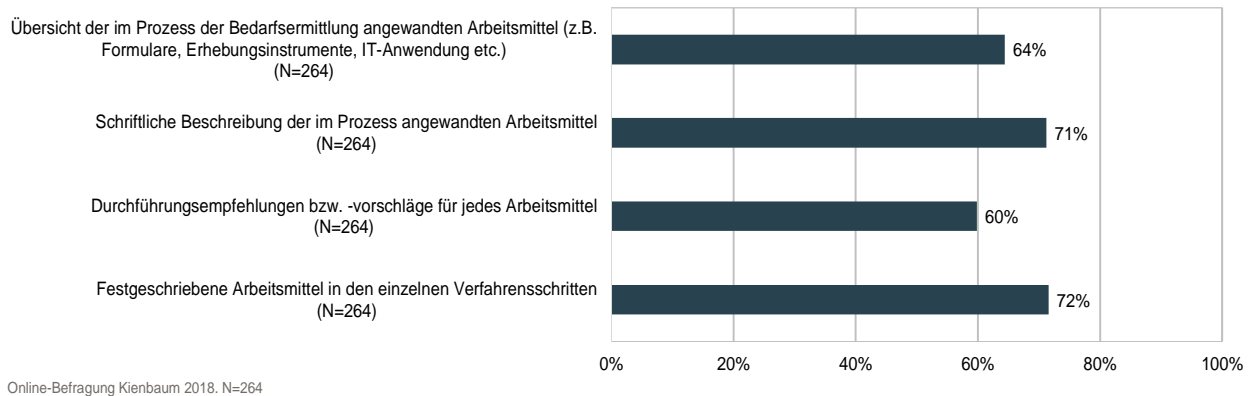


Abbildung 63: Anwendung systematischer Arbeitsprozesse und standardisierter Arbeitsmittel (UV)

Einheitliche Dokumentationsstandards sind in den Unfallkassen und Berufsgenossenschaften in rund 9 von 10 Fällen etabliert, wobei diese Standards nach eigenen Angaben in der Online-Befragung etwa 80 Prozent der beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zugänglich sind. Diese Form der Abweichung ist jedoch bei allen Trägern zu beobachten. In den Unfallkassen und Berufsgenossenschaften wird mittlerweile nahezu ausschließlich mit reinen E-Akten gearbeitet oder mit einer Mischform aus E-Akten und Akten in Papierform. Die gesetzliche Unfallversicherung kommt diesbezüglich auf den trägerübergreifend höchsten Wert und ist somit Spitzenreiter beim Thema Digitalisierung. Bei den leistungsberechtigten Menschen können beispielsweise mittels mobiler Geräte benötigte Unterschriften dokumentiert und ausgefüllte Fragebögen durch entsprechende Apps teilweise frühzeitig eingescannt werden. Auch Arztberichte können teilweise digital eingereicht werden. Insgesamt gilt es jedoch zu berücksichtigen, dass sich die Dokumentationsmaßstäbe zwischen den einzelnen Unfallkassen und Berufsgenossenschaften sehr unterscheiden können.

Die Bestandteile der Aktenführung sind der Abbildung 64 zu entnehmen. Die Mehrheit der aufgeführten Aspekte ist in den Akten nahezu immer vermerkt.

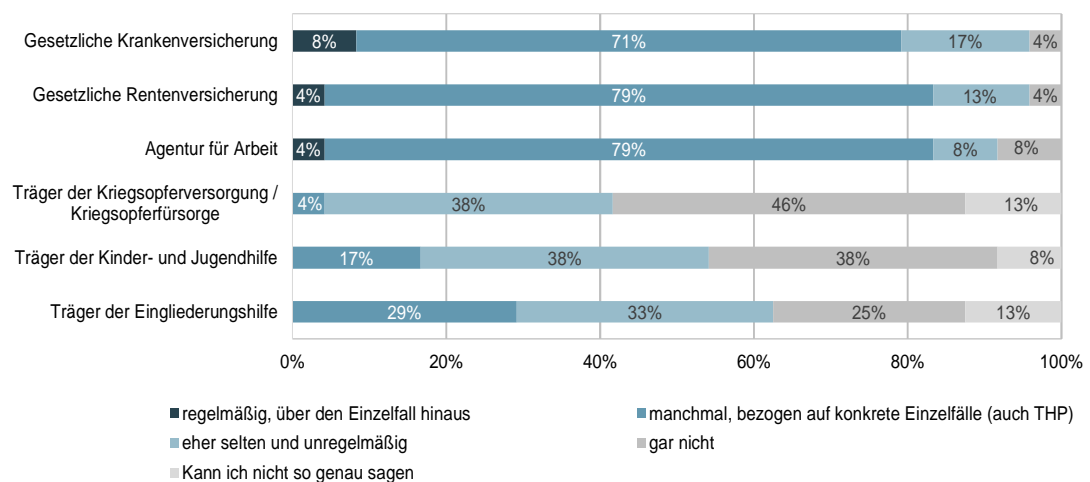
unabhängig davon, ob bereits eine systematische Zusammenarbeit besteht oder nicht, durch eine trägergruppeninterne Zusammenarbeit erreicht werden sollten.

Eine systematische Zusammenarbeit über die eigene Trägergruppe hinaus, zusätzlich zur Zusammenarbeit mit der BAR, findet nur zu 27 Prozent statt, was den niedrigsten Wert im trägerübergreifenden Vergleich darstellt. Wie auch bei den gesetzlichen Krankenkassen ist für die Unfallversicherungsträger die Verbandsarbeit von besonderer Bedeutung im Hinblick auf den trägerübergreifenden Austausch, sodass diese niedrigen Zustimmungswerte nicht außergewöhnlich sind.

Nach eigenen Angaben nehmen 94 Prozent der Befragten der Unfallkassen und Berufsgenossenschaften im Rahmen der datenschutzrechtlichen Möglichkeiten Einsicht in die Akten anderer Träger, wobei überwiegend in die Akten der gesetzlichen Krankenkassen und der DRV Einsicht genommen wird. Die Einsichtnahme erfolgt dabei häufig auch mit Blick auf die Prüfung des Kausalitätsprinzips (s.o.).

Wie bei allen anderen Trägern auch **fehlt es nach Angaben der Fallstudienteilnehmerinnen und -teilnehmer an gefestigten Schnittstellenstrukturen, die eine** nahtlose Übergabe gewährleisten und zügige Rückmeldungen sicherstellen können. Fehlende Ansprechpartnerstrukturen führen zudem tendenziell zu weiteren Konflikten hinsichtlich des Einhaltens von Fristen. Abbildung 66 verdeutlicht, dass sich die trägerübergreifende Zusammenarbeit auf Einzelfälle beschränkt. Ein trägerübergreifender Austausch über die konkreten Einzelfälle hinaus erfolgt allenfalls über die entsprechenden Landesverbände.

Wie gestaltet sich der Austausch mit anderen Trägergruppen? Zusammenarbeit findet ... statt?



Online-Befragung Kienbaum 2018. N=24

Abbildung 66: Zusammenarbeit mit anderen Trägergruppen (UV)

Die trägerübergreifende Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Krankenkassen gestaltet sich teilweise sehr schwierig, weil bilaterale Mediationsstrukturen nicht mehr bestehen. Dies hat dazu geführt, dass Meinungsverschiedenheiten gerichtlich entschieden werden mussten. Auch die Zusammenarbeit mit der BA hat im Verlauf der letzten Jahre abgenommen und es bestehen keine festen Ansprechpartnerstrukturen mehr. Dieselbe Situation besteht hinsichtlich der gesetzlichen Rentenversicherung.

Im Rahmen der durchgeführten explorativen Interviews und der Fallstudien wurde dargelegt, dass die Kooperation mit den anderen Trägergruppen sich insbesondere deswegen weniger umfangreich gestaltet, weil bei festgestellter Zuständigkeit der Unfallkassen und Berufsgenossenschaften zumeist alle Teilhabeleistungen eigenständig in die Wege geleitet werden und weitere Träger nicht zwangsläufig miteinbezogen werden müssten. Die DGUV stellt diesbezüglich jedoch selbst fest, dass die neue Rechtslage eine verstärkte Zusammenarbeit notwendig werden lässt, insbesondere wenn die primäre Zuständigkeit nicht bei den Unfallkassen und Berufsgenossenschaften liegt und die Verfahren von einem anderen Träger gesteuert werden. Nicht in der Steuerungsverantwortung zu sein, ist für die Unfallversicherung ein Novum.

Wie gestaltet sich diese Zusammenarbeit? In Form... (Mehrfachnennung)

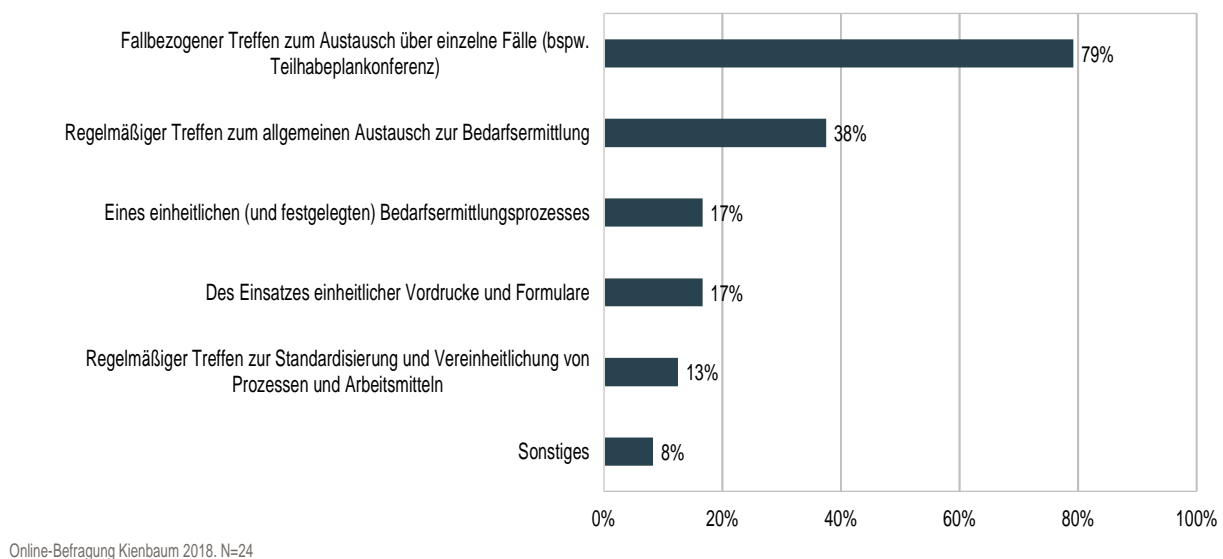


Abbildung 67: Art der Zusammenarbeit mit anderen Trägergruppen (UV)

Abbildung 67 legt dar, wie sich die trägergruppenübergreifende Zusammenarbeit aktuell gestaltet. Eine eindeutige Tendenz zur Durchführung von Teilhabekonferenzen ist deutlich ersichtlich, was unterstreicht, dass ein Austausch primär auf einzelfallbezogener Basis erfolgt.

Datenaustausch und Datenschutz

Das Thema Datenaustausch und Datenschutz spielt für die Unfallkassen und Berufsgenossenschaften eine weniger prägende Rolle, als dies bei anderen Trägergruppen der Fall ist. Der bestehende Datenschutz wird teilweise nicht als Hindernis für die eigene Arbeit oder den trägerübergreifenden Austausch wahrgenommen. Dennoch erweist es sich mitunter als schwierig, Informationen von anderen Trägern zu erhalten, weil datenschutzrechtliche Bestimmungen oder persönliche Restriktionen aus Eigenschutz, keine datenschutzrechtlichen Verletzungen zu begehen, dem entgegenstehen würden. Insgesamt wünschen sich die Vertreter der Unfallkassen und den Berufsgenossenschaften eine verstärkte elektronische Vernetzung mit Partnern und Trägern.

3.3.5 Zusammenfassung

Die Unfallkassen und Berufsgenossenschaften verfügen über Instrumente, jedoch ist der Umfang diesbezüglich augenscheinlich weniger ausgeprägt als bei den anderen Trägern. Eine Ursache dafür könnte die sehr individualisierte, bedarfsbezogene Fallorientierung sein. In einem Rundschreiben der DGUV vom 25. Juni 2018 sind zahlreiche standardisierte Verfahren und Arbeitsmittel aufgeführt.³⁰ Die weitere Aktualisierung und der Ausbau von bestehenden Arbeitsprozessen beispielsweise in Bezug auf die soziale Teilhabe sind ein zentrales Thema auf Dachverbands- und Trägerebene. Die Standardisierung der Aktenführung und Dokumentation von Prozessverläufen sind in der gesetzlichen Unfallversicherung bereits fortgeschritten und zeichnen sich durch einen vergleichsweise hohen Digitalisierungsgrad aus.

Anders als bei verschiedenen anderen Trägergruppen steht das regelmäßige partizipative Gespräch im Mittelpunkt der Prozessabläufe. Neben der ärztlichen Expertise sind bei den Unfallversicherungsträgern vor allem auch die Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter an der Bedarfsermittlung beteiligt und die zentralen Akteure im Prozess. Die Einbeziehung der leistungsberechtigten Menschen und deren Befähigung zur Mitwirkung im Rahmen der Bedarfserkennung sind im Vergleich zu den anderen Trägergruppen, die im Rahmen dieser Implementationsstudie untersucht wurden, besonders ausgeprägt.

Die trägerübergreifende Zusammenarbeit ist insgesamt weniger stark ausgeprägt und bezieht sich vor allem auf die Einsichtnahme in Akten anderer Träger oder dem punktuellen Austausch in spezifischen Einzelfällen. Dies liegt insbesondere an der bereits zuvor erwähnten vollumfänglichen Zuständigkeit der Unfallversicherungsträger für einen leistungsberechtigten Menschen nach Arbeitsunfall oder Berufskrankheit. Im Hinblick auf die soziale Teilhabe, die in den letzten Jahren verstärkt in den Fokus der Bedarfsermittlung gerückt ist, wünschen sich die Träger jedoch einen größeren Austausch mit den Eingliederungshilfeträgern.

³⁰ DGUV-Rundschreiben – 0219/2018 (25.06.2018).

3.4 Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung

3.4.1 Hintergrund und methodische Hinweise

Die gesetzliche Rentenversicherung ist das größte soziale Sicherungssystem des Sozialstaates der Bundesrepublik Deutschland.³¹ Sie betreut in Deutschland 53 Millionen Versicherte und über 21 Millionen Rentnerinnen und Rentner und ist die wichtigste Säule der deutschen Alterssicherung für Beschäftigte. Ihrem Grundprinzip zufolge werden die Versicherten der gesetzlichen Rentenversicherung im Falle des Ausfalls/Minderung der Erwerbsfähigkeit oder im Alter durch Rentenzahlungen abgesichert, sofern sie die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für den Rentenanspruch erfüllen. Hinterbliebene können im Falle des Todes des Versicherten Leistungen erhalten.

Die rechtliche Grundlage für die gesetzliche Rentenversicherung stellt das sechste Sozialgesetzbuch (SGB VI) dar. In diesem ist festgeschrieben, dass die deutsche Rentenversicherung neben den Renten auch weitere Leistungen erbringt, wie beispielsweise die Rehabilitation. Nach § 5 SGB IX sind die Rentenversicherungsträger für die Bereiche medizinische Rehabilitation, Teilhabe am Arbeitsleben, und unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen zuständig. Dabei können nicht nur Versicherte selbst Leistungen der medizinischen Rehabilitation erhalten, sondern unter bestimmten Voraussetzungen auch die Kinder von Versicherten.

Von den 16 Rentenversicherungsträgern betreuen die beiden bundesweit zuständigen Träger DRV Bund und DRV Knappschaft-Bahn-See etwa 26 Millionen Versicherte, wobei der Großteil von etwa 24 Millionen Versicherten auf die DRV Bund entfällt. Die 14 sogenannten Regionalträger, die aus den ehemaligen Landesversicherungsanstalten (LVA) hervorgegangen sind, betreuen insgesamt knapp 30 Millionen Menschen, wobei die Anzahl der Versicherten dabei zwischen etwa 390.000 Versicherten (DRV Saarland) und über vier Millionen Versicherten (DRV Baden-Württemberg) schwankt.³²

Im Rahmen dieser Implementationsstudie wurden bei der gesetzlichen Rentenversicherung neben einer ausführlichen Dokumenten- und Literaturanalyse sechs explorative Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern der DRV durchgeführt. An der bundesweiten Befragung nahmen 124 Angestellte der Rentenversicherungsträger teil. Abbildung 68 zeigt auf, dass die Befragten der DRV mit rund 45 Prozent mehrheitlich die fachbezogene Leitungsebene repräsentierten und in dieser Kategorie somit über dem Durchschnittswert der Befragung von rund 25 Prozent lagen.

³¹ Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2017): Gesetzliche Rentenversicherung
<https://www.bmas.de/DE/Themen/Rente/Gesetzliche-Rentenversicherung/gesetzliche-rentenversicherung-art.html>

³² Vgl. Statistik der Deutschen Rentenversicherung (2019): Versicherte 2017 (Band 205), S. 3.

Welcher der folgenden organisatorisch-funktionalen Ebenen würden Sie sich zuordnen?

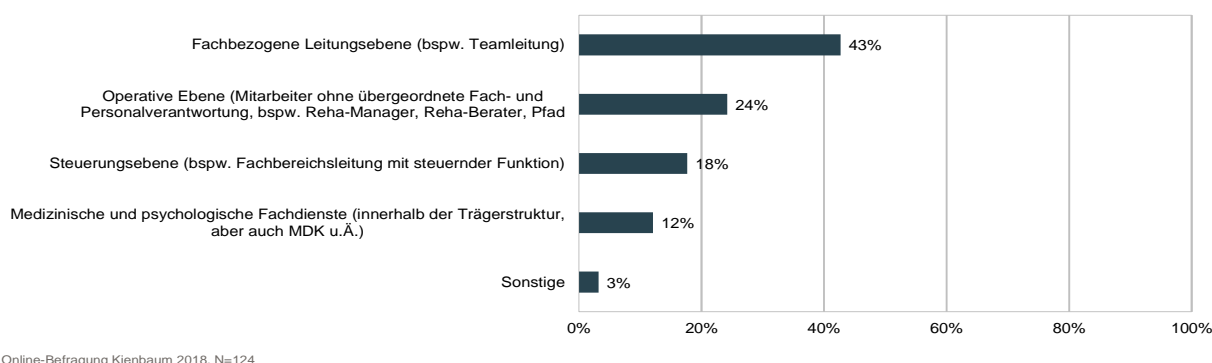


Abbildung 68: Zuordnung der Befragten auf der organisatorisch-funktionalen Ebene (RV)

Die Ergebnisse wurden mithilfe von Fallstudien und zwei Validierungs-Workshops, einem mit dem leitenden Ärztgremium der DRV und einem mit der Verwaltungsseite der Rentenversicherungsträger, im weiteren Verlauf der Studie kritisch reflektiert und weiter konsolidiert. An den Fallstudien nahmen seitens der Deutschen Rentenversicherung die DRV Bund, die DRV Westfalen, die DRV Knappschaft-Bahn-See, die DRV Braunschweig-Hannover sowie ein weiterer Regionalträger teil. Die folgenden Ergebnisse resultieren aus diesem methodischen Vorgehen.

3.4.2 Ausgangssituation

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung haben sich bereits frühzeitig mit den kommenden Gesetzesänderungen auseinandergesetzt. Zur Koordination, Diskussion und Umsetzung der notwendigen Änderungen wurde eine BTHG-Arbeitsgruppe eingerichtet, die sich aus Vertreterinnen und Vertretern von verschiedenen Rentenversicherungsträgern zusammensetzt. Darüber hinaus wird auch im Rahmen der jährlichen DRV Reha-Kolloquien regelmäßig an der Weiterentwicklung der eingesetzten Arbeitsprozesse und Arbeitsmittel gearbeitet und auch das trägergruppeninterne Ärztgremium setzt sich auf seinen Sitzungen mit den Themen auseinander und arbeitet an der weiteren Verbesserung der sozialmedizinischen Prozesse.

Schon vor Inkrafttreten der Gesetzesnovellierung wurde somit auf übergeordneter, trägergruppeninterner Ebene damit begonnen, die eingesetzten Vordrucke und Formulare innerhalb des DRV-Systems zu vereinheitlichen. Im Zuge dieser Standardisierungsarbeiten sind mittlerweile zahlreiche einheitliche Formulare, wie beispielsweise das Antragsformular G 0100, etabliert und werden von allen Rentenversicherungsträgern gleichermaßen angewandt und gegenseitig anerkannt. Bei der Weiterentwicklung der Formulare wurde dabei punktuell auch schon auf die trägerübergreifende Anwendbarkeit geachtet, sodass beispielsweise das Muster 61 der gesetzlichen Krankenversicherung in einigen Aspekten als Vorlage für die eigenen Weiterentwicklungen der Instrumente diente. Bei den jetzigen und zukünftigen Anpassungen steht dabei insbesondere im Fokus, inwieweit die Instrumente noch mehr an das bio-psycho-soziale Modell und die ICF ausgerichtet werden können.

Da die einzelnen Rentenversicherungsträger aus unterschiedlichen strukturellen und rechtlichen Hintergründen entstanden sind, unterscheiden sie sich gleichwohl im verwaltungsorganisatorischen Aufbau, der sich wiederum auf die jeweiligen internen Verwaltungsprozesse auswirkt. Einige

regionale Träger haben so verschiedene Modellprojekte innerhalb ihres Zuständigkeitsgebietes erprobt, die anschließend teilweise von anderen Rentenversicherungsträgern übernommen wurden.

3.4.3 Instrumente (Arbeitsprozesse und Arbeitsmittel)

Ausgangspunkt des Reha-Prozesses ist eine geminderte oder erheblich gefährdete Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung (§§ 9 ff. SGB VI i.V.m. §§ 26 ff. SGB IX). Abbildung 69 zeigt auf, dass der Auslöser des Bedarfsermittlungsprozesses in der Regel der leistungsberechtigte Mensch ist, und zwar entweder auf eigene Initiative oder nach Aufforderung durch den Träger. Das Verfahren der Rentenversicherungsträger ist damit im Regelfall antragsbasiert und erfolgt dabei in den meisten Fällen auf Basis des Vordruckes G 0100 sowie weiterer Formulare, die zum Teil im gesamten DRV-System einheitlich eingesetzt werden.

Wer / was kann den Prozess auslösen?

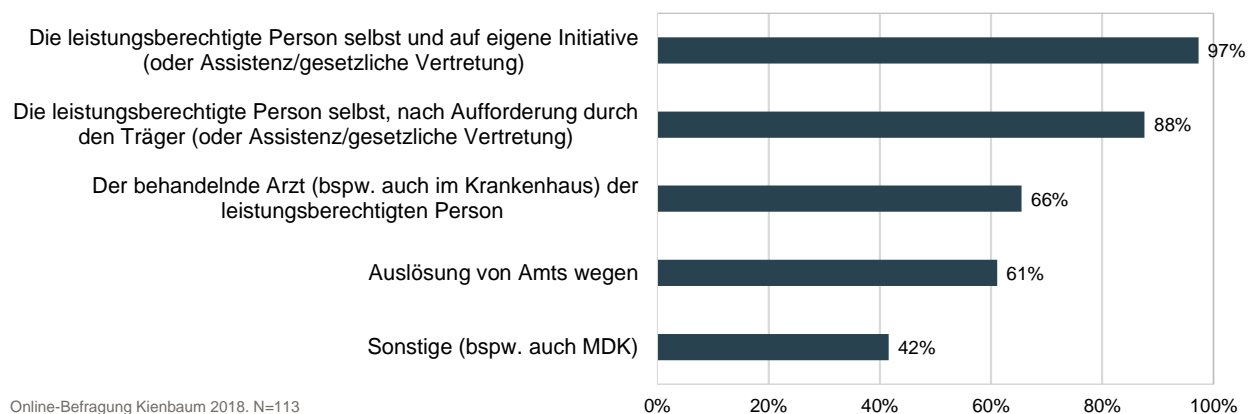


Abbildung 69: Auslöser des Reha-Prozesses (RV)

Die folgende Abbildung zeigt einen vereinfachten Bedarfsermittlungsprozess bei der Rentenversicherung unter Bezugnahme von Befragungsergebnissen. Die durchgeführte Befragung berücksichtigte dabei die vier maßgeblichen Schritte der individuellen und funktionsbezogenen Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs gemäß § 13 SGB IX:

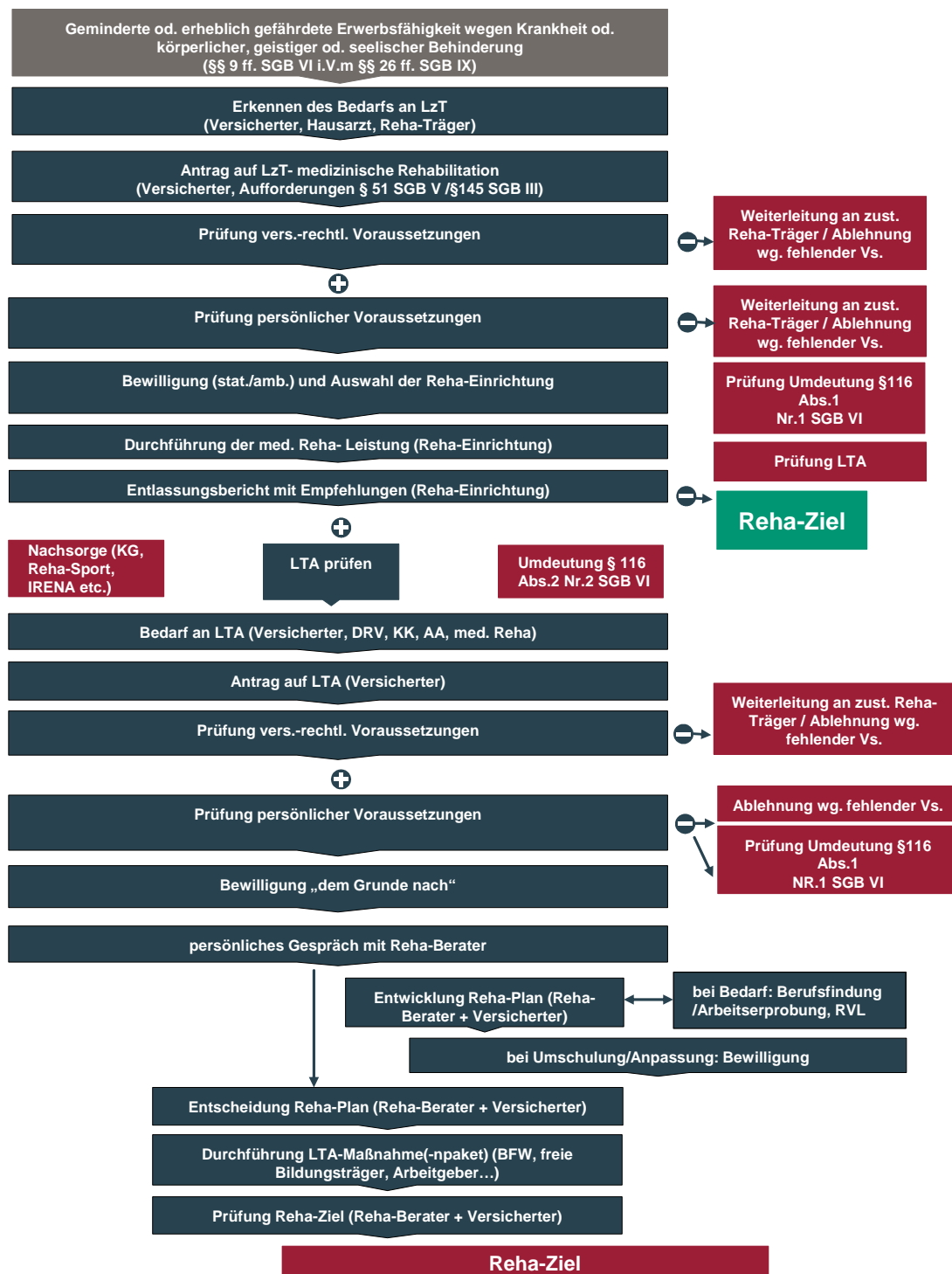


Abbildung 70: Vereinfachte Darstellung des Rehabilitationsbedarfsermittlungsprozesses einer Rentenversicherung (RV)

Feststellung, ob eine Behinderung vorliegt

An der Feststellung, ob eine Behinderung vorliegt oder eintreten droht, ist nach Angaben der Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer grundsätzlich der interne Fachdienst des jeweiligen Rentenversicherungsträgers beteiligt (sozialmedizinischer Dienst). Darüber hinausgehend kann, wie anhand Abbildung 71 ersichtlich wird, auch medizinisches Personal außerhalb der eigenen

Organisation an dieser Feststellung mitwirken. Im trägerübergreifenden Vergleich spielt die Sachbearbeitung in der Rentenversicherung die geringste Rolle.

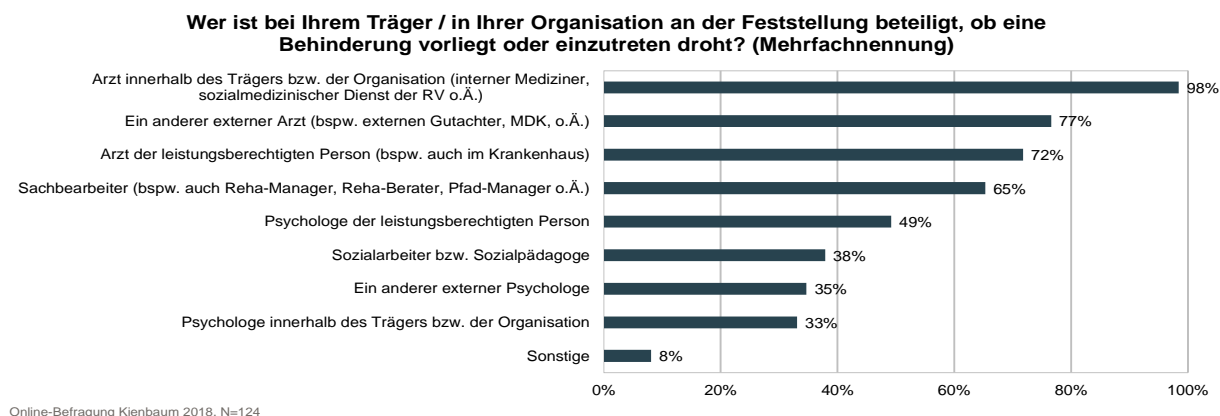


Abbildung 71: Beteiligte Akteure bei der Feststellung, ob eine Behinderung vorliegt oder eintreten droht (RV)

Zur Basis der Feststellung, ob eine Behinderung vorliegt oder eintreten droht, gehört nach Angaben von 83 Prozent der Befragten die Diagnose (ICD), 63 bzw. 61 Prozent geben an, dass die Feststellung von Schädigungen der Körperfunktionen und –strukturen (ICF) bzw. die Feststellung der Beeinträchtigung der Aktivitäten (ICF) ebenfalls berücksichtigt werden. Die konkrete Feststellung der Kontextfaktoren erfolgt bisher in weniger als der Hälfte der Fälle.

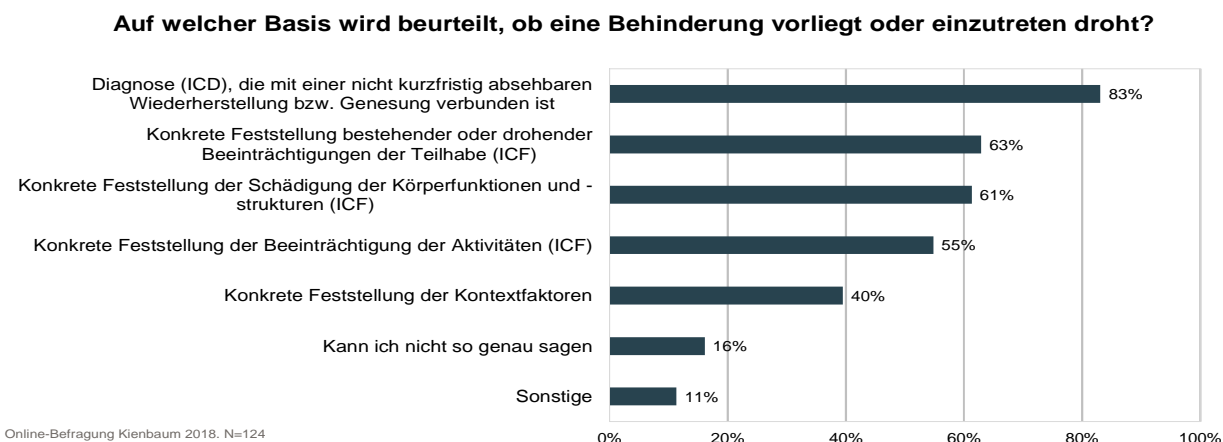


Abbildung 72: Basis der Beurteilung, ob eine Behinderung vorliegt oder eintreten droht (RV)

In Abbildung 73 wird aufgezeigt, dass die von der DRV genutzten Informationen und Daten für die Bedarfsermittlung fast ausschließlich auf den erhaltenen medizinischen und psychologischen Unterlagen, beispielsweise in Form von Gutachten, Befundberichten und Krankenhausberichten und der Aktenlage beruhen. Das partizipative Beratungsgespräch zwischen dem leistungsberechtigten Menschen und dem Feststellenden des Bedarfs wird in weniger als der Hälfte der Fälle angewandt, nach Angaben in den Fallstudien aber grundsätzlich immer dann, wenn es um komplexe Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben geht. Dieser Hinweis wird auch im Rahmen des Validierungs-Workshops noch einmal bestätigt.

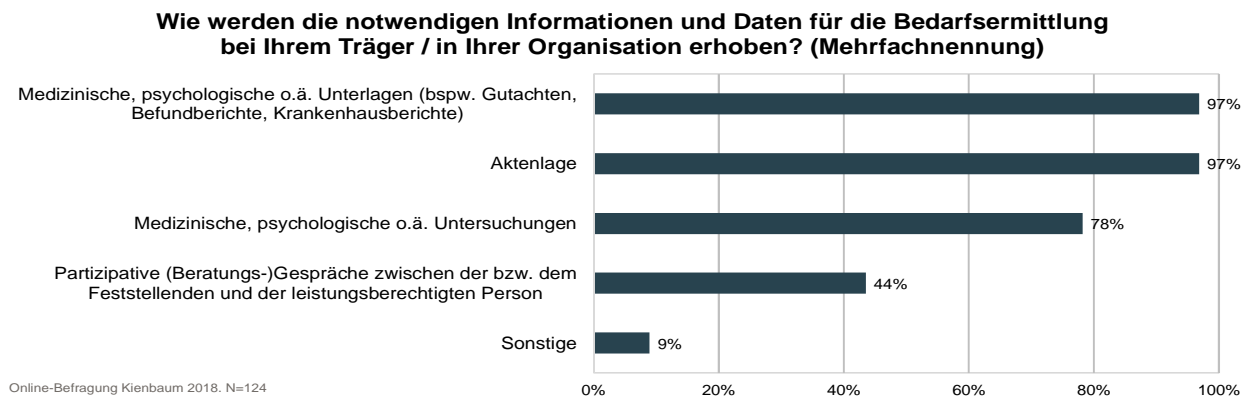


Abbildung 73: Erhebung von Informationen und Daten für die Bedarfsermittlung (RV)

Beurteilung, welche Auswirkung die Behinderung auf die Teilhabe der Leistungsberechtigten hat

In Abbildung 74 wird aufgezeigt, dass die Beurteilung der individuellen Teilhabebeeinträchtigungen der leistungsberechtigten Menschen hauptsächlich den Ärztinnen und Ärzten innerhalb des Trägers bzw. der Organisation obliegt (sozialmedizinischer Dienst des jeweiligen Trägers). Grundsätzlich kommt den Ärztinnen und Ärzten des sozialmedizinischen Dienstes ein hoher Stellenwert bei der Bedarfsermittlung zu. Nach eigenen Angaben in den Fallstudien und in den Validierungs-Workshops gibt es keinen Fall, der nicht durch den eigenen Fachdienst betrachtet wird.³³ Im Rahmen des Ärzte-Workshops wurde dabei punktuell allerdings auch die Ansicht vertreten, dass die zur Verfügung stehende Zeit pro Einzelfall viel zu gering sei, um sich im nötigen Umfang mit dem individuellen Sachverhalt auseinander zu setzen.

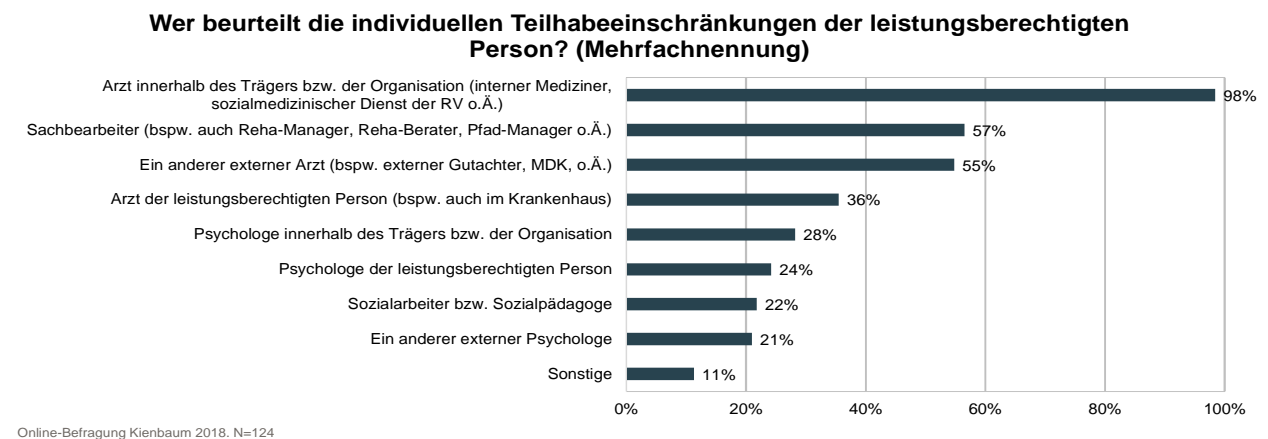


Abbildung 74: Beteiligte Akteure bei der Beurteilung der individuellen Teilhabebeeinträchtigungen (RV)

Nach Angaben von drei von vier Teilnehmerinnen und Teilnehmern in der Online-Befragung erfolgt die Ermittlung der individuellen Teilhabebeeinträchtigungen in der Rentenversicherung immer auch unter Berücksichtigung der Diagnose nach ICD. Damit liegt die Rentenversicherung über dem

³³ Mit Ausnahme von AHB-Fällen.

Durchschnitt der anderen Sozialversicherungsträger. Auffällig ist darüber hinaus, dass mehr als 40 Prozent der Antwortenden keine Angabe dazu machen können, ob die Ermittlung auf Basis der ICF erfolgt bzw. ob auch Umweltfaktoren berücksichtigt werden. Im Rahmen der Fallstudien relativiert sich dieses Bild insbesondere in Bezug auf die Bedarfsermittlung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Hier würden nicht ausschließlich gesundheitliche Faktoren berücksichtigt, sondern auch das Gesamtbild der Berechtigten im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells betrachtet.

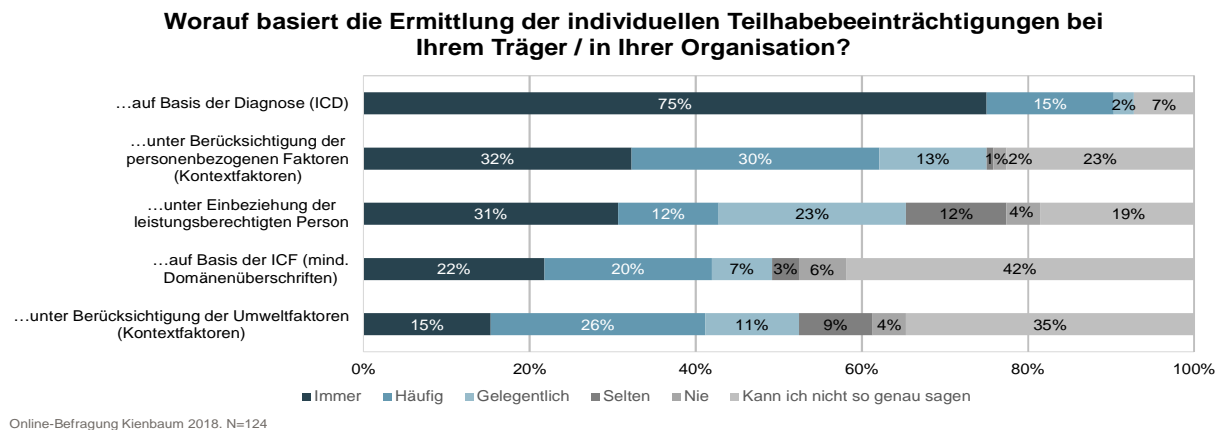


Abbildung 75: Basis der Ermittlung der individuellen Teilhabebeeinträchtigungen (RV)

In der Befragung geben 73 Prozent (vgl. Abbildung 76) der Befragten an, dass bei der Bedarfsermittlung auch untersucht wird, welche konkreten Probleme im Hinblick auf die verschiedenen Leistungsgruppen nach § 5 SGB IX bestehen. Da für eine vollumfängliche Bedarfsermittlung auch geprüft werden muss, inwieweit potentielle Bedarfe auch über die beantragte Leistung hinaus bestehen, erfolgt eine solche Bedarfsermittlung nach eigenen Angaben in knapp drei Vierteln der Fälle.

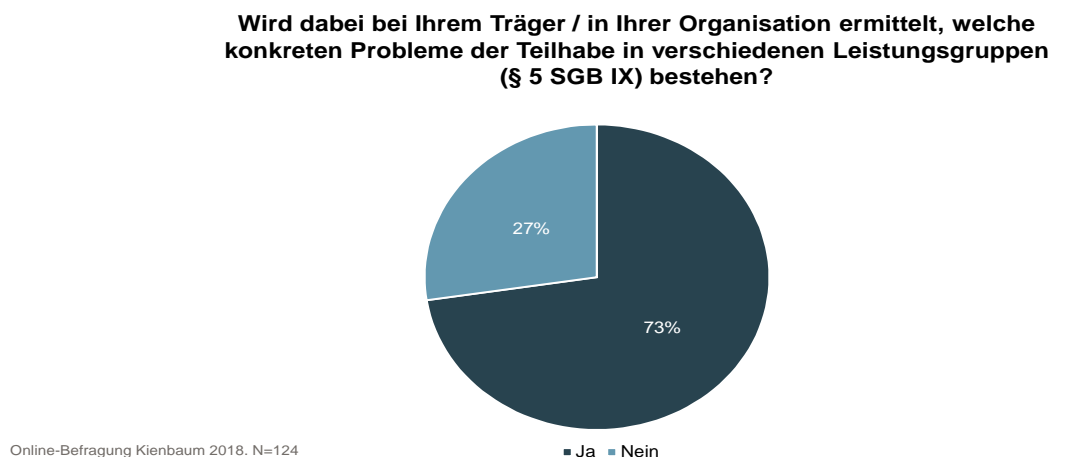


Abbildung 76: Ermittlung der konkreten Probleme der Teilhabe in verschiedenen Leistungsgruppen (RV)

Die Teilhabebeeinträchtigungen eines leistungsberechtigten Menschen, die am häufigsten durch die gesetzliche Rentenversicherung erhoben bzw. dokumentiert werden, sind in Abbildung 77 dargestellt.

Teilhabebeeinträchtigungen einer leistungsberechtigten Person können in verschiedenen Bereichen vorliegen. Für welche der folgenden Lebensbereiche erheben Sie bei Ihrem Träger / in Ihrer Organisation Teilhabebeeinträchtigungen? (Mehrfachnennung)

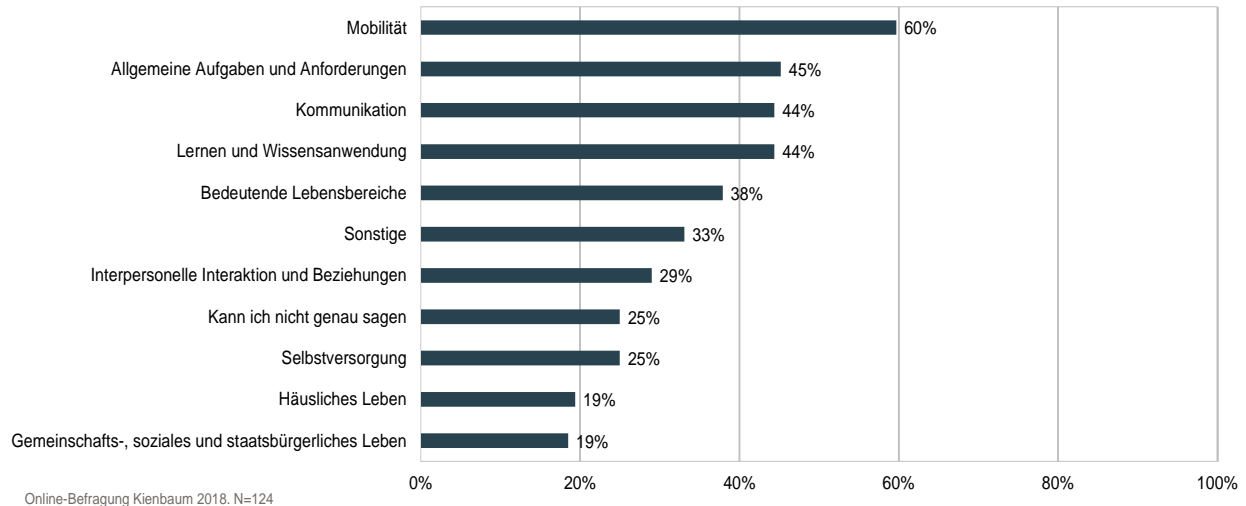


Abbildung 77: Lebensbereiche der Teilhabebeeinträchtigungen (RV)

Die Bereiche Mobilität, Allgemeine Aufgaben und Anforderungen sowie Kommunikation und Wissensanwendung sind nach den Ergebnissen der Online-Befragung die am häufigsten genannten Lebensbereiche, für die die gesetzliche Rentenversicherung Teilhabebeeinträchtigungen erhebt. Mit Blick auf die Leistungsbereiche, für welche die Rentenversicherungsträger zuständig sind, ist diese Verteilung nicht ungewöhnlich. Auffällig ist der hohe Anteil von 33 Prozent der Befragten, der „Sonstiges“ als zusätzliche Kategorie angegeben hat. Im Rahmen der Auswertungen der offenen Angaben zeigt sich, dass die Kategorie „Arbeitsleben“ hier besonders häufig als zusätzlicher Lebensbereich genannt wird.

Einigung, welche Ziele erreicht werden sollen

Der Gesetzgeber versteht unter Leistungen zur Teilhabe nach § 4 SGB IX notwendige Sozialleistungen, die darauf abzielen, eine Behinderung abzuwenden, zu verringern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folge zu mindern. Diese gelten auch in Bezug auf die Vermeidung von Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit sowie die dauerhafte Sicherung der generellen Teilhabe am Arbeitsleben. Eine selbstbestimmte Lebensführung, Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und die ganzheitliche persönliche Entwicklung sollen mit diesen Leistungen ebenfalls gefördert werden. Die Online-Befragung hat ergeben, dass die gesetzliche Rentenversicherung im Rahmen der Bedarfsermittlung die definierten Ziele des Gesetzgebers hinsichtlich der Leistungen zur Teilhabe zu einem großen Teil *immer* (65 Prozent) oder *häufig* (27 Prozent) befolgen.

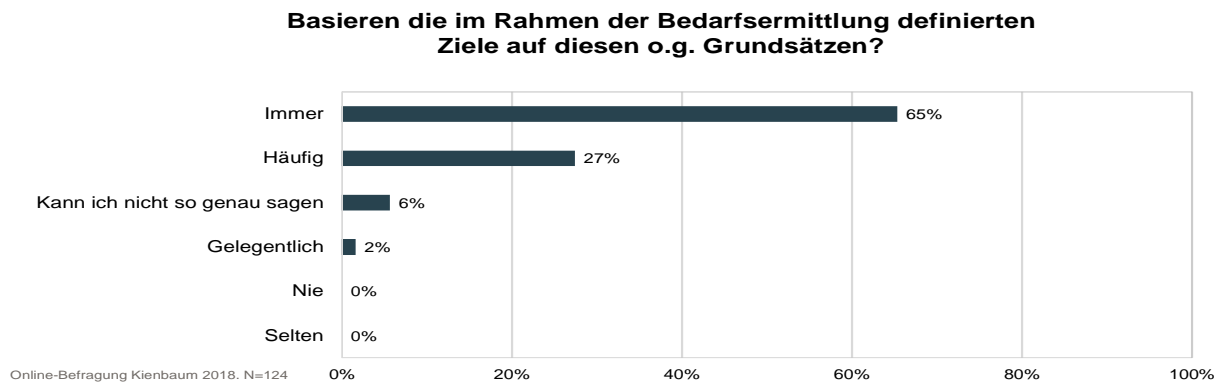


Abbildung 78: Basis der definierten Ziele (RV)

Bei der Frage, welche Ziele mit den Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen, sind 97 Prozent der befragten Vertreterinnen und Vertreter der gesetzlichen Rentenversicherung der Auffassung, dass die tatsächliche Erreichbarkeit der Ziele ein maßgebliches Kriterium sei. Die individuellen Ziele des leistungsberechtigten Menschen reihen sich mit 90 Prozent Zustimmung knapp dahinter ein. Dass die Zielvereinbarung auch unter Berücksichtigung von erforderlichen Leistungen anderer Leistungsträger bzw. -gruppen erfolgt, geben 73 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Online-Befragung an.

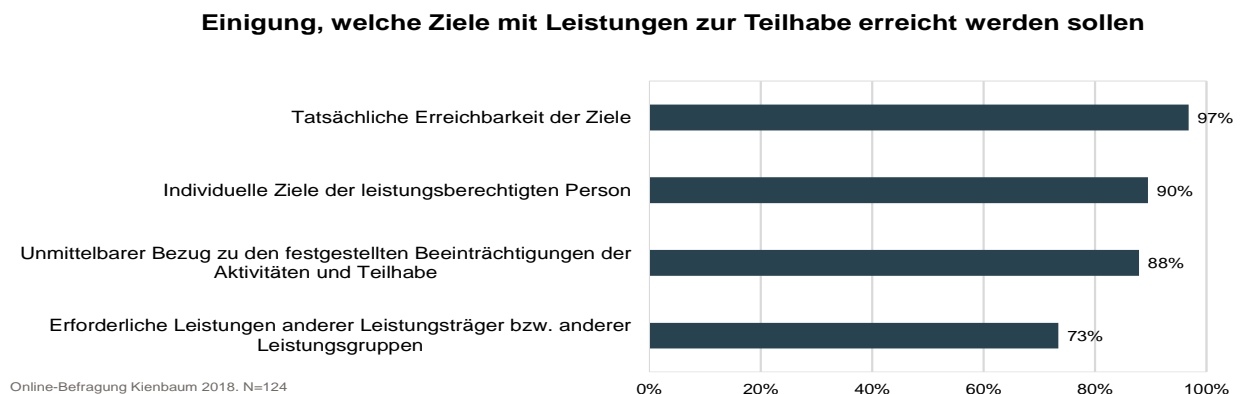


Abbildung 79: Einigung, welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen (RV)

Abbildung 80 gibt einen Überblick über die Beteiligung der leistungsberechtigten Menschen bei den Rentenversicherungsträgern. Die Befragten gaben an, dass der Prozess der Einbeziehung des leistungsberechtigten Menschen vor allem persönlich oder schriftlich erfolgt. Im Rahmen der Gespräche und Workshops wird dabei deutlich, dass die Antragsstellung als Beteiligung des leistungsberechtigten Menschen am Bedarfsermittlungsverfahren verstanden wird. Wie bereits erwähnt, finden im Rahmen von komplexen LTA-Verfahren zahlreiche persönliche Treffen statt. Bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, so die Workshop-Diskussion, würden sich die Antragssteller im Regelfall eher einen schnellen Bescheid als eine intensive Einbindung wünschen. Ohnehin sei ein Großteil der Fälle mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation unkritisch.

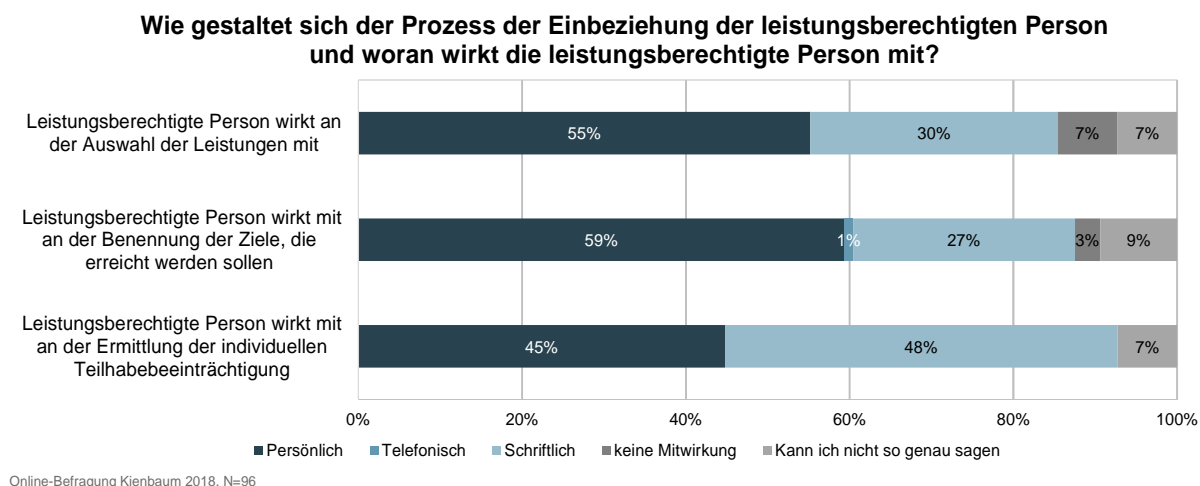


Abbildung 80: Gestaltung des Prozesses der Einbeziehung des leistungsberechtigten Menschen (RV)

Entscheidung, welche Leistungen voraussichtlich erfolgreich sind

Die Vertreter der Steuerungsebene der gesetzlichen Rentenversicherung gaben an, dass die Auswahl der Reha-Leistung, die zur Erreichung der vorher festgelegten Ziele dient, im LTA Verfahren zu 91 Prozent auf Erfahrungswissen beruht. Die Ergebnisse einer durchgeführten systematischen Qualitätsanalyse (§ 37 Abs. 1 SGB IX) spielen bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung im Verfahren über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit 82 Prozent ebenfalls eine wichtige Rolle, wie die folgende Grafik verdeutlicht. Die Auswahl der für den Antragssteller am besten geeigneten Leistung erfolgt durch die Sachbearbeitung und den sozialmedizinischen Dienst. Die Auswahl der indikationsgerechten Rehabilitationsleistung bei einem Leistungserbringer erfolgt durch ein computergestütztes Zuweisungssystem unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechtes.

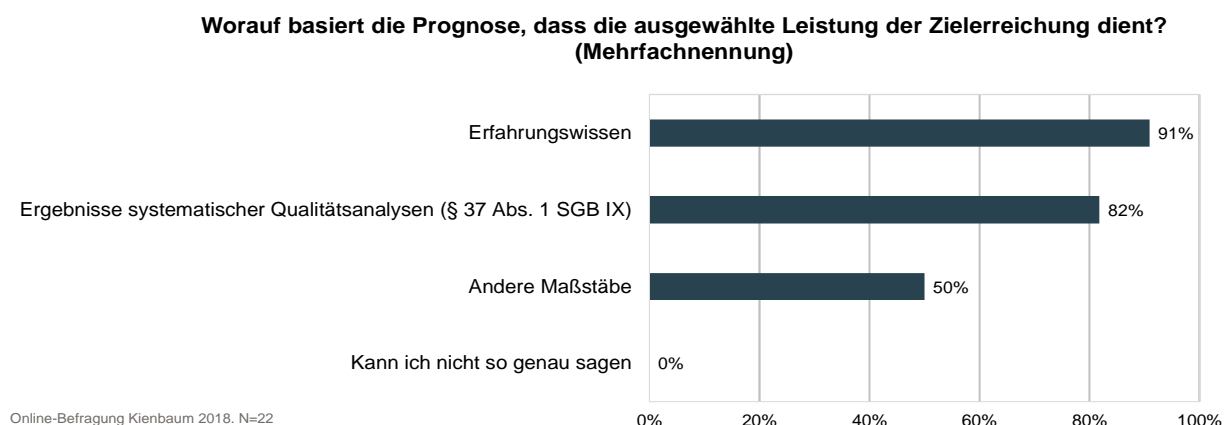


Abbildung 81: Basis der Prognose, dass die ausgewählte Leistung der Zielerreichung dient (RV)

Nach Angaben der teilnehmenden Vertreterinnen und Vertreter der Steuerungsebene sind die Rahmenvereinbarungen oder Versorgungsverträge mit Leistungserbringern im Regelfall auf die Erreichung konkreter Teilhabeziele ausgerichtet.

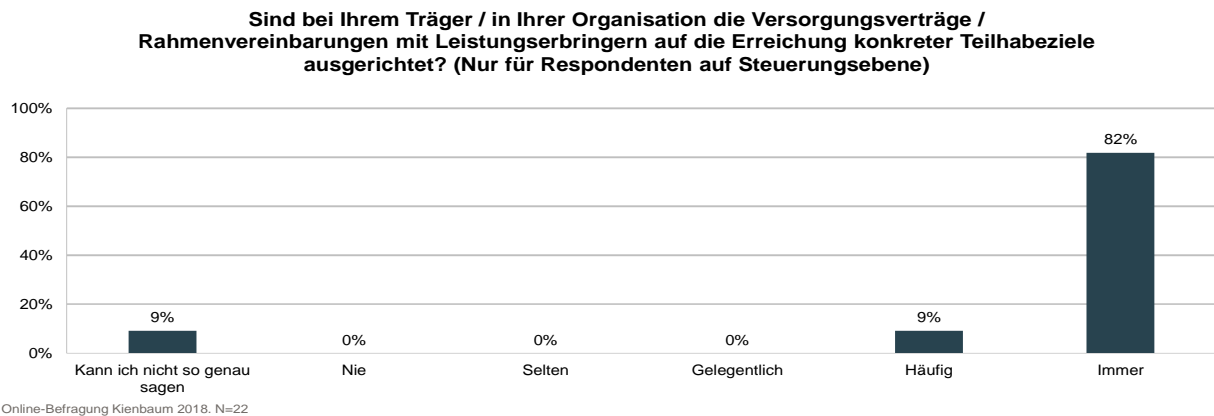


Abbildung 82: Ausrichtung der Versorgungsverträge / Rahmenvereinbarungen auf die Erreichung konkreter Teilhabeziele (RV)

Grundsätzlich wird, wie auch bei anderen Trägern, dem Wunsch- und Wahlrecht des leistungsberechtigten Menschen nach § 8 SGB IX Folge geleistet. Unterschiedliche Bewertungen und Ansichten des versicherten Menschen und desjenigen, der den Rehabilitationsbedarf ermittelt, werden immer dokumentiert.

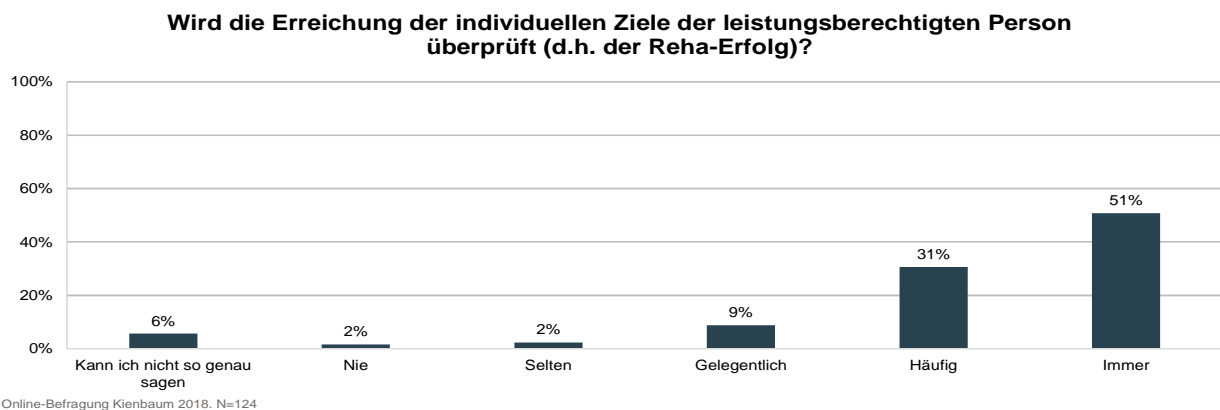


Abbildung 83: Überprüfung der individuellen Zielerreichung / Reha-Erfolg (RV)

Die Abbildung 83 illustriert, dass die Erreichung der individuellen Ziele des leistungsberechtigten Menschen entweder immer oder aber häufig überprüft wird. Lediglich vier Prozent der Befragten geben an, dass die Überprüfung nie oder selten stattfindet.

Anwendung systematischer Arbeitsprozesse und standardisierter Arbeitsmittel bei den Rentenversicherungsträgern

Insgesamt haben die Rentenversicherungsträger bereits vor Inkrafttreten des novellierten SGB IX damit begonnen, ihre internen Vordrucke und Formulare im System der DRV zu vereinheitlichen. Aufgrund unterschiedlicher Verwaltungs- und Organisationsstrukturen in den einzelnen Häusern, gestalten sich die Prozesse und Arbeitsabläufe dabei von Träger zu Träger verschieden, was nach Maßgabe des Gesetzes jedoch nicht problematisch ist. Die jeweiligen Grundsatzreferate der einzelnen Träger, die das Thema Rehabilitation verantworten, haben den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bereits im Vorfeld verschiedene Entscheidungshilfen, Leitfäden und Prozessdiagramme zur Verfügung gestellt, um Verfahrensabläufe und die eingesetzten Instrumente (wie beispielsweise Vordrucke und Formulare) zu veranschaulichen.

Welche konkreten Inhalte der Bedarfsermittlung sind Bestandteile der Aktenführung bei Ihrem Träger / in Ihrer Organisation? (Mehrfachnennung)

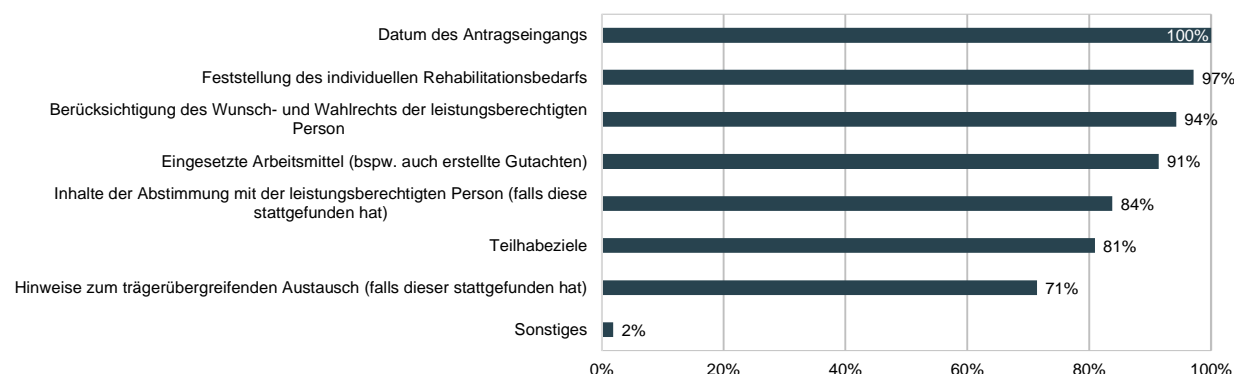


Abbildung 85: Bestandteile der Aktenführung (RV)

3.4.4 Zusammenarbeit mit anderen Trägern

Eine systematische Zusammenarbeit in der Bedarfsermittlung zwischen den Rentenversicherungsträgern bejahen 71 Prozent der Befragten auf Steuerungsebene. Die Aufgaben werden dabei hauptsächlich durch das Referat „Querschnitt“ bei der DRV Bund koordiniert. Abbildung 86 macht deutlich, dass mit der trägergruppeninternen Zusammenarbeit hauptsächlich die *Schaffung gemeinsamer Standards* sowie die *Vereinfachung der Zusammenarbeit mit den Trägern der eigenen Trägergruppe* angestrebt werden. Aus den Interviews ergibt sich dabei auch, dass diese Zusammenarbeit in den letzten Jahren vor allem auf die Vereinheitlichung von Formularen und Vordrucken (Instrumenten) fokussiert war, um den Bedarfsermittlungsprozess innerhalb des Systems der DRV-Träger zu vereinheitlichen.

Welche Ziele sollen mit dieser trägergruppeninternen Zusammenarbeit erreicht werden? (Mehrfachnennung)

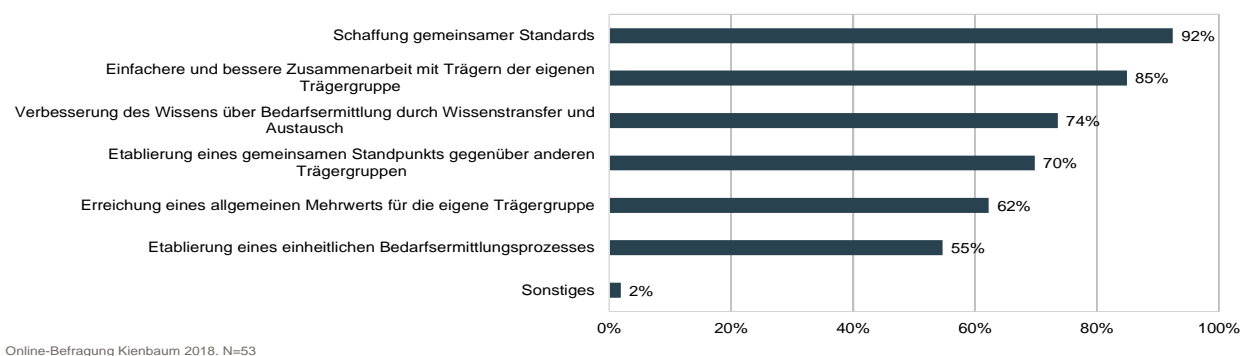
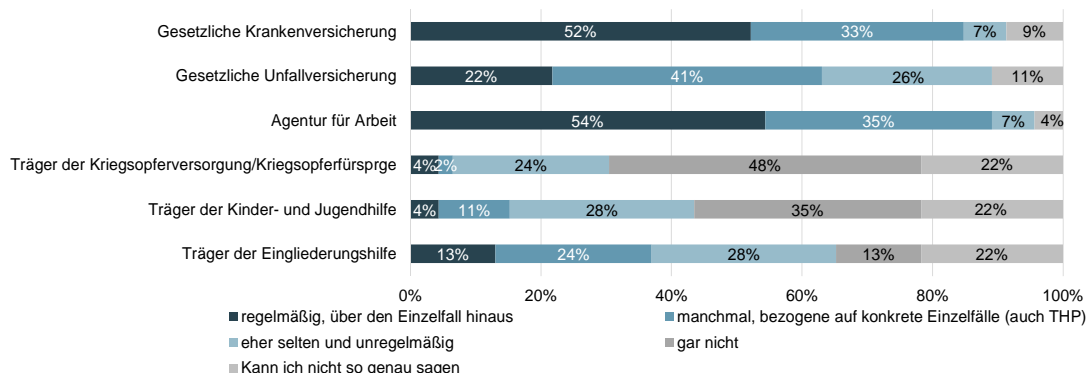


Abbildung 86: Ziele der Zusammenarbeit mit Trägern der eigenen Trägergruppe (RV)

Abbildung 87 verdeutlicht, wie sich der Austausch mit anderen Trägergruppen gestaltet und auf welchen Ebenen die Zusammenarbeit zwischen den Trägergruppen stattfindet. Demnach findet der Austausch mit der gesetzlichen Krankenversicherung in der Hälfte aller Fälle regelmäßig und über den Einzelfall hinaus statt. Grundsätzlich ist auch der Austausch mit den anderen Sozialversicherungsträgern deutlich stärker etabliert als mit den steuerfinanzierten Trägern der Kinder-, Jugend- und Eingliederungshilfe.

Wie gestaltet sich der Austausch mit anderen Trägergruppen? Zusammenarbeit findet ... statt?

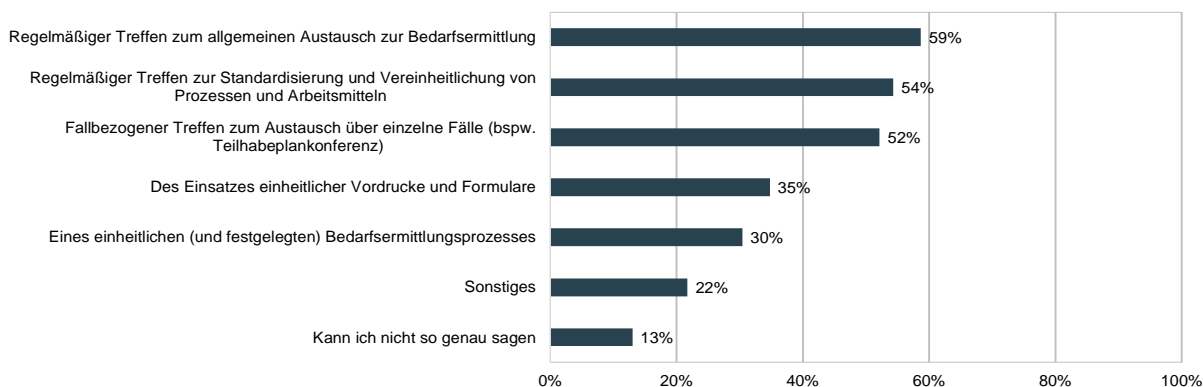


Online-Befragung Kienbaum 2018. N=46

Abbildung 87: Zusammenarbeit mit anderen Trägergruppen (RV)

Im Rahmen der Fallstudien und Workshops wird wie auch bei den anderen Trägergruppen deutlich, dass die Zusammenarbeit mit anderen Leistungsträgergruppen insbesondere auf der regionalen oder lokalen Ebene gut funktionieren kann. An vielen Stellen haben sich kleine Netzwerke etabliert, die auf dem „kurzen Dienstweg“ erreicht werden können. Darüber hinaus gibt es auf lokaler bzw. regionaler Ebene (beispielsweise für das Saarland) einen regelmäßigen Austausch, der die Zusammenarbeit erleichtert.

Wie gestaltet sich diese Zusammenarbeit? In Form... (Mehrfachnennung)



Online-Befragung Kienbaum 2018. N=46

Abbildung 88: Art der Zusammenarbeit mit anderen Trägergruppen (RV)

Abbildung 88 zeigt, dass nach eigenen Angaben in der Online-Befragung regelmäßige Treffen zum allgemeinen Austausch bzw. zur Standardisierung und Vereinheitlichung von Prozessen und Arbeitsmitteln derzeit noch relevanter sind als fallbezogene Treffen zum Austausch über einzelne Fälle (wie beispielsweise eine Teilhabeplankonferenz). Dies bestätigt sich auch in den Fallstudien, wo – wenn überhaupt – nur über einzelne Teilhabeplankonferenzen berichtet wird. Der Austausch zur Vereinheitlichung von Prozessen und Arbeitsabläufen findet nach Angaben der Gesprächs- und Workshop Teilnehmerinnen und -teilnehmer vor allem mit der GKV statt, sodass in den letzten Monaten hier bereits erste Erfolge erzielt werden konnten.

Datenaustausch und Datenschutz

Nach Angaben in der Online-Befragung nehmen 67 Prozent der Befragten der Rentenversicherungsträger im Rahmen der datenschutzrechtlichen Möglichkeiten Einsicht in die Akten anderer Träger. Insgesamt ist das Thema Datenschutz nach Auswertung des explorativen Interviews und der Fallstudien im Vergleich zu den anderen Trägern weniger präsent. Dennoch geben einige Gesprächspartnerinnen und -partner an, dass insbesondere beim Austausch von medizinischen Unterlagen oder Gutachten der Datenschutz ein entscheidendes Hemmnis darstelle. Dies betreffe dabei insbesondere den Austausch mit der GKV, da diese im Regelfall aufgrund der datenschutzrechtlichen Bestimmungen, die für die Krankenkassen gelten, überhaupt keine medizinischen Gutachten bereithielte, aber auch die Agenturen für Arbeit, von denen entsprechende Unterlagen –, wenn überhaupt –, nur gekürzt oder geschwärzt übermittelt würden.

Im Rahmen der Gespräche wird dabei teilweise auch die Meinung vertreten, dass das spezifische Datenschutzrecht nach dem Zehnten Sozialgesetzbuch (SGB X) genügend Freiräume zur Aufgabenwahrnehmung in Bezug auf die Bedarfsermittlung enthalte. Die entsprechenden Menschen geben aber auch an, dass sich diese Haltung nicht bei allen Trägern verbreitet habe und dass die Furcht, ein Datenschutzvergehen zu begehen, unter den Trägern weit verbreitet sei.

3.4.5 Zusammenfassung

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung verfügen über ein breites Spektrum an standardisierten Instrumenten. Innerhalb der einzelnen Trägerstrukturen sind systematische Arbeitsprozesse (Verwaltungsverfahren) etabliert, die sich im Hinblick auf die individuellen Strukturen und örtlichen Gegebenheiten der Träger unterscheiden. In den letzten Jahren wurden dabei zusehends die eingesetzten Arbeitsmittel (Vordrucke und Formulare) zwischen den einzelnen Rentenversicherungsträgern angeglichen. Aktuell wird darüber hinausgehend auch an der Vereinheitlichung einzelner Formulare zwischen Rentenversicherung und Krankenversicherung gearbeitet, die im Sommer 2019 erste Erfolge erzielte.

Die Arbeitsprozesse die bei den Rentenversicherungsträgern zum Einsatz kommen, unterscheiden sich dabei je nach beantragter Leistung erheblich. Bedarfsermittlungsverfahren, die nur auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation abzielen, sind im Regelfall unkritisch und sehen eine Einbindung des leistungsberechtigten Menschen hauptsächlich im Rahmen der Antragsstellung vor, wobei an dieser Stelle im standardisierten Formular G 0100 bereits Angaben zum Wunsch- und Wahlrecht gemacht werden können. Der Prozess zur Bedarfsermittlung bei leistungsberechtigten Menschen im Hinblick auf LTA hingegen beinhaltet eine deutlich intensivere Einbindung des leistungsberechtigten Menschen.

Anders als bei den anderen untersuchten Trägern spielt der interne sozialmedizinische Dienst eine bedeutsame Rolle bei der Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs. Vor dem Hintergrund zusehends größerer Personalengpässe, insbesondere im Hinblick auf das medizinische Personal, wird sich zeigen müssen, inwiefern diese intensive Nutzung des eigenen sozialmedizinischen Dienstes auch in Zukunft noch Bestand haben kann.

3.5 Zusammenfassung zu Kapitel 3

Die Träger entwickeln bisher überwiegend jeweils eigene Instrumente weiter und legen dazu eine trägerspezifische Auslegung der gesetzlichen Bestimmungen zugrunde. Die Vielfalt der eingesetzten Instrumente wird dabei durch die Gesetzesänderung kaum geringer. Diese Vielzahl der Instrumente ist nach § 13 Abs. 1 Satz 1 letzter Hs. SGB IX rechtlich grundsätzlich zulässig und deswegen unproblematisch. Der inhaltlichen Ausrichtung wird durchweg eine trägerspezifische Rechtsauslegung zugrunde gelegt, wobei sich in letzter Zeit auch punktuelle trägerübergreifende Vereinheitlichungstendenzen abzeichnen:

Ein erster Ansatz bundesweiter trägerübergreifender Zusammenarbeit besteht bei der AHB in dem von Renten- und Krankenversicherung auf der Ebene ihrer Spitzenorganisationen gemeinsam abgestimmten – dennoch nicht inhaltsgleichen – Einleitungsvordruck. Darüber hinaus konnten keine systematischen Entwicklungen zur trägerübergreifenden Zusammenarbeit im Hinblick auf Instrumenten(-weiter-)Entwicklung festgestellt werden. Auf örtlicher Ebene am Wohnort der Berechtigten bestehen vereinzelte, zum Teil auch regelmäßige Formen trägerübergreifender Zusammenarbeit, die jedoch häufig von den handelnden Menschen und deren Initiative abhängt (vgl. hierzu die Kapitel 3.1.4, 3.2.4, 3.3.4 sowie 3.4.4).

Es konnten keine Erkenntnisse darüber gewonnen werden, ob die Spitzenorganisationen oder die Rehabilitationsträger, die durch das geänderte Recht gebotene systematische Zusammenarbeit, insbesondere auch auf örtlicher Ebene, und deren Gewährleistung bisher in den Blick genommen haben.

4. Implementierung der gesetzlichen Vorgaben zur Ausgestaltung der Instrumente nach § 13 SGB IX

Aus den Ergebnissen der verschiedenen Auswertungen lassen sich insgesamt die folgenden Schlussfolgerungen ableiten:

4.1 Anwendung einheitlicher Maßstäbe (§ 13 Abs. 2 SGB IX)

Im Rahmen des Forschungsprojekts wurde erhoben, ob die nach § 13 Abs. 2 SGB IX zu treffenden Feststellungen – unabhängig von der Zuständigkeit und der Leistungsverpflichtung der Rehabilitationsträger – von allen Trägern einheitlich und nach gleichen Maßstäben getroffen werden. Die Feststellungen sollen vollständig sein und nahtlos ineinandergreifen.³⁴

Im Rahmen der Implementationsstudie hat sich gezeigt, dass die Rehabilitationsträger die Feststellungen weiterhin überwiegend auf dem vorliegenden Leistungsantrag und damit auf die trägerspezifischen Leistungsvoraussetzungen bezogen vornehmen. Eine vollständige und umfassende trägerübergreifende Feststellung des Rehabilitationsbedarfs – unabhängig von der Zuständigkeit oder Leistungsverpflichtung eines Rehabilitationsträgers i.S.v. § 26 Abs. 2 GE-Reha Prozess, die ein nahtloses Ineinandergreifen der Leistungen verschiedener Rehabilitationsträger gewährleisten würde (z.B. i.S.v § 15 SGB IX), findet noch nicht statt. Auch wenn alle Träger, die an den Gesprächen, Fallstudien und Workshops beteiligt waren, grundsätzlich die Vorteile eines solchen Vorgehens schätzen, sind diesbezüglich aktuell kaum Entwicklungen erkennbar.

4.1.1 § 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX: Vorliegende oder drohende Behinderung

Nach dem der ICF zugrundeliegenden bio-psycho-sozialen Modell wird das Vorliegen einer Behinderung über die Schädigung der Körper- und Sinnesfunktionen definiert. Für die objektive Klärung des Bedarfs an Teilhabeleistungen reicht eine Beschreibung des Krankheitsbildes oder eine Krankheitsdiagnose (ICD-Schlüssel) nicht aus, weil sie in der Regel keine Feststellungen zur Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe beinhaltet.³⁵ Demzufolge sind Bedarfsermittlungen auf der Grundlage von Krankenhausberichten und anderen rein kurativ orientierten Unterlagen problematisch, weil sie in der Regel keine Aussagen zur Beeinträchtigung von Aktivitäten und Teilhabe beinhalten.

Die trägerübergreifende Beurteilung von Teilhabeeinschränkungen erfordert die funktionsbezogene Feststellung der Beeinträchtigung der Aktivitäten – und in der Folge – ihrer Auswirkungen auf die tatsächliche Teilhabe in Lebensbereichen (§ 42 Abs. 1 GE-Reha-Prozess). Dies ist in einem partizipativen Gespräch mit dem Betroffenen möglich, das auf der Grundlage des bio-psycho-sozialen Modells geführt wird (§ 36 Abs. 3 Satz 4 GE Reha-Prozess).³⁶ Ob eine Behinderung droht oder vorliegt, lässt sich sprachlich mit der Beschreibung der tatsächlichen

³⁴ BT-Drs. 18/9522 S. 239.

³⁵ Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS., Orientierungshilfe zur Gesamtplanung §§ 117 ff. SGB IX / §§ 141 ff. SGB XII, Stand Februar 2018 (online verfügbar unter http://lwl.org/spur-download/bag/02_2018an.pdf, zuletzt abgerufen am 16.07.2018), S. 6.

³⁶ BT-Drs. 18/9522 S. 239.

Funktionsbeeinträchtigungen im Sinne der Kapitelüberschriften der ICF dokumentieren (vgl. z. B. ICF-Checkliste³⁷).

Das Forschungsprojekt hat erhoben, inwieweit die Feststellungen nach § 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB IX mit den derzeit eingesetzten Erhebungsinstrumenten rechtmäßig getroffen werden können. Dabei hat sich gezeigt, dass dies in der Praxis bei allen Trägern sehr unterschiedlich ist.

Grundlage ist bei allen Trägern zunächst eine ICD Diagnose. Die in jüngerer Zeit überarbeiteten Antragsvordrucke der gesetzlichen Krankenversicherung (Muster 61) und Rentenversicherung (G 0100) enthalten auch Fragen zur nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigung der Aktivitäten/Teilhabe. Die Fragen sind allerdings sehr knapp und abstrakt und beschränken sich teilweise auf das Ankreuzen von vorgegebenen Antwortmöglichkeiten.³⁸

Soweit bei den Trägern über die Feststellungen in den Antragsvordrucken hinaus weitere Unterlagen der Leistungsentscheidung zugrunde gelegt werden, ist die Praxis höchst unterschiedlich. Im Bereich der GKV wird zudem berichtet, dass die von den niedergelassenen Vertragsärzten, denen das Ausfüllen des Musters 61 obliegt, vorgelegten Vordrucke häufig nur bedingt brauchbare Ergebnisse liefern (vgl. hierzu Kapitel 3.1). Im Bereich der RV, die ebenfalls mit von niedergelassenen Vertragsärzten auszufüllenden Vordrucken arbeitet, werden im Regelfall darüber hinaus weitere medizinische Unterlagen beigezogen oder Befundberichte bzw. Gutachten eingeholt, die allerdings überwiegend kurativ ausgerichtet sind und zur Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe selten unmittelbar verwertbare Aussagen enthalten (vgl. hierzu Kapitel 3.4).

Im Verhältnis dazu sind die derzeit aus dem Bereich der Eingliederungshilfe bekannten neuen Erhebungsinstrumente hinsichtlich der Erhebung der Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe deutlich umfangreicher und differenzierter, wie beispielsweise der Integrierte Teilhabeplan (ITP) Thüringen zeigt.

Schon die Vielfalt der unterschiedlichen Vordrucke, insbesondere jedoch die Vielfalt der sonst zur Entscheidungsfindung herangezogenen Unterlagen, aber auch die nach ihrer Aussagefähigkeit zu den nach § 13 SGB IX zu treffenden Feststellungen höchst unterschiedlichen Inhalte der verwendeten Instrumente, verdeutlichen, dass die Praxis noch ganz am Anfang einer „einheitlichen Ermittlung des individuellen Bedarfs“ steht. Allein der in diesem Jahr in die Praxis eingeführte, zwischen GKV und GRV weitgehend abgestimmte „Ärztliche Befundbericht – Anlage zum Antrag auf Anschlussrehabilitation“ ist ein erster – mit Blick auf die große Anzahl der AHB-Verfahren allerdings auch bedeutender – Schritt zu einer einheitlichen Bedarfsermittlung.

4.1.2 § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX: Welche Auswirkung hat die Behinderung auf die Teilhabe der Leistungsberechtigten?

Welche Auswirkungen die Behinderung (beeinträchtigte Körperfunktionen und -strukturen) auf die Teilhabe der Leistungsberechtigten hat, ergibt sich daraus, ob und in welchem Ausmaß die Aktivitäten des Betroffenen und – in der Folge – seine Teilhabe beeinträchtigt sind. Dies ist in

³⁷ ICF-Checkliste der WHO vergl. www.harry-fuchs.de oder bei dimdi.

³⁸ Das entspricht in etwa den Anforderungen, die nach § 27 Abs. 3 GE-Reha-Prozess an die dort vorgesehene „summarische Prüfung“ zu stellen wären, die sich aber ausschließlich auf die Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs nach anderen Leistungsgesetzen, nicht aber auf die Mindestanforderungen des § 13 Abs. 2 SGB IX im eigenen Leistungsgesetz erstreckt.

Wechselwirkung mit hemmenden oder fördernden Kontextfaktoren (Art. 1 S. 2 UN-BRK; Umweltfaktoren, personenbezogenen Faktoren) abzustimmen.

Die Teilhabebeeinträchtigung definiert sich über die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und deren Auswirkungen auf die Teilhabe und kann in der Sprache der ICF dokumentiert werden. Die Anforderungen der §§ 13 Abs. 2, 118 Abs. 1 Nr. 1 bis 9 SGB IX sind identisch mit den Domänen der ICF. § 118 Abs. 1 Satz 3 SGB IX fordert die vollständige Beschreibung der nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe in den Lebensbereichen (Domänen) – siehe hierzu auch Kapitel 4.2.

Das Forschungsprojekt hat ermittelt, inwieweit die derzeitige Praxis diesen Anforderungen entspricht. Insgesamt hat sich dabei herausgestellt, dass die Praxis zu dieser Regelung bei allen Trägern sehr unterschiedlich ist.

Bisher wird nur teilweise und wenn in sehr knapper und abstrakter Form die Beeinträchtigung der Aktivitäten erhoben und dokumentiert. Inhalt und Aussagefähigkeit bleiben bei den Sozialversicherungsträgern erheblich hinter den neuen Erhebungsinstrumenten der Eingliederungshilfe, aber auch der WHO-Checkliste zurück, die hier als mit geringem Aufwand praktikabel nutzbares Instrument Maßstab sein könnte.

Die Kontextfaktoren werden nicht bei allen Trägern systematisch erhoben (vgl. hierzu Abbildung 14, Abbildung 34, Abbildung 54 und Abbildung 75). Sie lassen sich zum Teil in einem beschränkten Umfang aus den Antragsmaterialien ableiten. Da noch keine konsenterte und anerkannte Definition der personenbezogenen Faktoren verfügbar ist, werden sie auch nicht erhoben. Derzeit wird in einer Projektgruppe des Sachverständigenrates der Ärzteschaft der BAR ein „Leitfaden für die Erhebung von Kontextfaktoren“ erarbeitet. Zudem ergeben sich hierzu auch Hinweise aus dem Basiskonzept für die Bedarfsermittlung in der beruflichen Rehabilitation (b3-Projekt).

Soweit ersichtlich, entsprechen die derzeit eingesetzten Instrumente nur zum Teil oder nicht den Anforderungen des § 13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX.³⁹

4.1.3 § 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX: Welche Ziele sollen mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden?

Nach § 4 Abs. 2 SGB IX werden Leistungen zur Teilhabe (§§ 4, 5 SGB IX) zur Erreichung von Teilhabezielen erbracht. Der Gesetzgeber hat in § 4 Abs. 1 SGB IX sowie in den einleitenden Absätzen der leistungsrechtlichen Vorschriften (§§ 42, 49, 75 und 76 SGB IX) sowohl allgemeine als auch auf die jeweilige Leistungsform bezogene Teilhabeziele benannt.

Im Rahmen der Bedarfsermittlung ist für den jeweiligen Berechtigten zu klären, ob und welche Teilhabeziele ausgehend von den zuvor festgestellten individuellen Beeinträchtigungen der Teilhabe erreicht werden können, wobei das Wunschrecht der Berechtigten nach § 8 SGB IX sowohl hinsichtlich der Art als auch der Ausführung der Leistungen einzubeziehen ist (§ 42 GE-Reha-Prozess).

Das Forschungsprojekt hat erfragt, inwieweit Teilhabeziele derzeit für die Entscheidungsfindung definiert und dokumentiert werden. Dazu erklärt die Mehrzahl der Träger, dass sie individuelle

³⁹ Vgl. dazu auch Fuchs, H., „Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs – Auswirkungen des BTHG“, Beitrag D50-2017 unter www.reha-recht.de, 10.11.2017.

Teilhabeziele definieren und der Entscheidung zugrunde legen. Im Rahmen des Forschungsprojekts konnte die Qualität dieser Zielbestimmung nicht weiter vertieft werden. Ebenso wenig, ob die Teilhabeziele im Rahmen der Bedarfsermittlung festgelegt und mit dem Berechtigten abgestimmt werden.

Soweit die Bedarfserhebungen heute überhaupt Zielbeschreibungen (vgl. dazu Abbildung 17, Abbildung 37, Abbildung 57, Abbildung 78) enthalten, fokussieren sie sich bisher in der Regel auf die jeweils gerade geltend gemachte Leistung eines Trägers und nehmen darüber hinausgehende Teilhabeziele, die gegebenenfalls auch mit Leistungen in der Verantwortung eines anderen Trägers erreicht werden müssen, nicht immer in den Blick (vgl. dazu Abbildung 18, Abbildung 38, Abbildung 58 und Abbildung 79).

4.1.4 § 13 Abs. 2. Nr. 4 SGB IX: Prognose bezüglich der voraussichtlichen Wirksamkeit der Leistungen

Die in dieser Regelung geforderte Prognose und die Wirksamkeit der Leistungen ist Bestandteil der „einheitlichen und nachprüfbaren“ Bedarfsermittlung.

§ 43 GE-Reha-Prozess „Klärung erforderlicher Leistungen“ befasst sich im Kern mit dem Verfahren des Auswahlermessens nach § 36 Abs. 2 SGB IX, lässt jedoch die konkrete Operationalisierung, auf welche Weise im Einzelfall eine Wirksamkeitsprognose im Sinne des § 13 Abs. 2 Nr. 4 SGB IX gestellt werden kann, offen.

Aussagen zu der geforderten Erfolgsprognose sind bisher in bekannten Bedarfsermittlungsinstrumenten nur in Ansätzen enthalten. Die Prognose wird im weiteren Verwaltungsverfahren gestellt und ist ebenso wie die angestrebte Wirksamkeit der Leistung Grundlage des Auswahlermessens nach § 36 Abs. 2 SGB IX bzw. des Entscheidungsverfahrens zum Verwaltungsakt.

4.2 Orientierung an der ICF

Gemäß den gesetzlichen Anforderungen ist eine individuelle und funktionsbezogene Bedarfsermittlung vorzunehmen. Bereits nach § 10 SGB IX a.F. von 2001 bildete das Wort „funktionsbezogen“ die sprachliche Brücke zur ICF. Der neue § 13 Abs. 2 SGB IX, aber auch § 19 Abs. 1 SGB IX, legen für alle Rehabilitationsträger trägerübergreifend einheitlich fest, dass die Beurteilung von Teilhabebeeinträchtigungen funktionsbezogen und damit grundsätzlich nach dem bio-psycho-sozialen Modell zu erfolgen hat.⁴⁰

§ 13 Abs. 2 SGB IX folgt insbesondere hinsichtlich der nach den Nummern 1 bis 3 zu treffenden Feststellungen der Systematik der ICF. Deswegen besteht inhaltlich auch kein Unterschied zu den Anforderungen des § 118 Abs. 1 Satz 3 SGB IX, der ausdrücklich die Beschreibung einer nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe in den dort genannten 9 Lebensbereichen fordert, die den Domänen der ICF entsprechen.

Die nach § 13 Abs. 2 Nr. 2 geforderte Feststellung, welche Auswirkungen die Behinderung auf die Teilhabe des Leistungsberechtigten hat, ist nach der ICF nur möglich, wenn zunächst die Beeinträchtigung der Aktivitäten erhoben wird, die ihrerseits die Ursache für die Beeinträchtigung der

⁴⁰ BT-Drs. 18/9522 S. 239.

Teilhabe ist. Um die Auswirkungen auf die Teilhabe festzustellen, müssen auch ohne ausdrückliche Nennung in § 13 Abs. 2 SGB IX zunächst die Beeinträchtigungen der Aktivitäten festgestellt werden.

Im Rahmen des Forschungsprojekts wurde geprüft, inwieweit die Instrumente der Träger tatsächlich an der ICF orientiert sind und ob mit den derzeit erhobenen und dokumentierten Kriterien die Feststellungen nach § 13 Abs. 2 SGB IX getroffen werden können.

Im Ergebnis gehen die Träger für sich davon aus, dass ihre Instrumente ganz, oder doch zumindest teilweise, an der ICF orientiert sind. Dies zeigt sich in Teilen auch im Einsatz von einer „ICF-Sprache“ in den eingesetzten Bedarfsermittlungsinstrumenten (wie beispielsweise dem Muster 61).

Die im Forschungsprojekt eingesetzten Erhebungsinstrumente haben dabei aber auch gezeigt, dass insbesondere auf der Führungsebene ein abstraktes Wissen über die ICF vorhanden ist, welches allerdings abnimmt, je weiter man die darunterliegenden Arbeitsebenen befragt.

Die Datenerhebung kommt insgesamt zu dem Ergebnis, dass die Kenntnis der ICF, ihre Möglichkeiten, aber auch ihre Beschränkungen hinsichtlich der Anwendung im Bereich der Bedarfsermittlung bei einer Vielzahl der Träger noch verbesserungsnotwendig ist. Eine Vielzahl der Träger hat diesen Fortbildungsbedarf dabei ins Auge gefasst und arbeitet an der Entwicklung von entsprechenden Fort- und Weiterbildungen für die Beschäftigten bzw. setzt diese bereits um.

4.3 Dokumentation und trägerübergreifender Austausch

Die Instrumente des § 13 Abs. 1 Satz 1 SGB IX sollen die Dokumentation und Nachprüfbarkeit der Bedarfsermittlung sichern. Die Bezugnahme auf die für die Rehabilitationsträger jeweils geltenden Leistungsgesetze in § 13 Abs. 1 Satz 1 letzter Hs SGB IX besagt dabei, dass die Instrumente – d. h. das Verwaltungsverfahren und die Organisationsmittel – nicht in allen Rechtskreisen identisch sein müssen und können.⁴¹

Dessen ungeachtet sind die Ziele des Gesetzgebers bei der Koordinierung der Leistungen und zur einheitlichen und nachprüfaren Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs nur zu erreichen, wenn die Instrumente so gestaltet werden, dass sie bei allen Trägern mindestens die vom Gesetzgeber nach §§ 13 Abs. 2, 19 SGB IX geforderten Feststellungen und Bestandteile der Aktenführung „als standardisiertes Verwaltungsverfahren“ und „nach gleichen Maßstäben“ enthalten und einheitlich dokumentiert werden.⁴² Die Vorschrift muss im Lichte dieser Nutzung ausgelegt werden. Das gebietet nicht nur die nach § 13 Abs. 1 Satz 1 SGB IX zu gewährleistende Einheitlichkeit der Bedarfsermittlung und der Dokumentation (Abs. 2) durch die Rehabilitationsträger, sondern insbesondere § 7 Abs. 2 SGB IX, nach dem die Vorschriften der Kapitel 2 bis 4 des Teil 1 des SGB IX den spezifischen Leistungsgesetzen „abweichungsfest“ vorgehen.

Die ICF ist mit ihrer Sprache und ihrer kategorisierten Beschreibung von Beeinträchtigungen der Teilhabe das geeignete Instrument, mit dem die nach § 13 Abs. 2 SGB IX zu treffenden Feststellungen dokumentiert werden können. Die ICF-Checkliste zeigt, auf welchem Niveau und mit welcher Eindringtiefe diese Dokumentation mit niedrigem Verwaltungsaufwand möglich ist.

Im Rahmen des Forschungsprojekts waren keine Aktivitäten zur Entwicklung eines trägerübergreifend einheitlichen Dokumentationsverfahrens erkennbar. Das Teilhabeplanverfahren

⁴¹ BT-Drs. 18/9522 S 232

⁴² BT-Drs. 18/9522 S. 238

ist nach den Vorgaben des § 19 Abs. 2 SGB IX schriftlich zu dokumentieren, ansonsten jedoch an keine besondere Form gebunden. Die Erstellung ist insbesondere im Umlaufverfahren möglich. Außerdem gibt es auch die gesetzlich vorgesehene Möglichkeit zur Durchführung von trägerübergreifenden Teilhabekonferenzen (§ 20 SGB IX). In der Praxis sind diese Einzelfallkonferenzen zur Teilhabeplanung nach SGB IX bisher eine Seltenheit und es fanden sich nur wenige Hinweise auf eine systematische, trägerübergreifende Abstimmung oder die trägerübergreifende Umsetzung des dafür erforderlichen Verfahrens bisher (vgl. hierzu die Kapitel 3.1.4, Kapitel 3.2.4, Kapitel 3.3.4 und Kapitel 3.4.4).

Auf Ebene der BAR und der Verbände sind bereits Arbeitsgruppen zur Diskussion und Umsetzung einheitlicher Teilhabeplanverfahren eingerichtet und entsprechende Empfehlungen veröffentlicht worden.

4.4 Abstimmung mit den Leistungsberechtigten

Nach § 19 Abs. 1 SGB IX sind im Teilhabeplan in Abstimmung mit dem Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen hinsichtlich Ziel, Art und Umfang funktionsbezogen festzustellen. Die Feststellungen über den individuellen Rehabilitationsbedarf auf der Grundlage der Bedarfsermittlung nach § 13 SGB IX sind nach § 19 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX Gegenstand des Teilhabepplans nach § 19 Abs. 1 SGB IX und werden deshalb von dem Abstimmungserfordernis erfasst (§ 49 Abs. 1 GE-Reha-Prozess).

Während des Forschungsprojekts fanden sich unterschiedliche Hinweise, wie die Abstimmung des Ergebnisses der Bedarfsermittlung mit dem Leistungsberechtigten zum Zeitpunkt der Feststellung stattfindet. Bei einigen Trägern wird im Rahmen partizipativer Gespräche die Bedarfsermittlung gemeinsam erarbeitet und auf diese Weise miteinander abgestimmt. Andere Träger sehen die Notwendigkeit nur, wenn unter den Voraussetzungen des § 19 Abs. 1 SGB IX tatsächlich ein Teilhabeplan zu erstellen ist. Dann müsste die Abstimmung allerdings mit einem erheblichen Verwaltungsaufwand – und bei unterschiedlichen Auffassungen auch mit zum Teil erheblichen Änderungen des weiteren Verfahrens (z. B. Auswahlermessen) – nachgeholt werden. Ebenso, wenn der Berechtigte einen Teilhabeplan wünscht.

Die Anforderungen an die Abstimmung und die Abstimmungspraxis kann mit einer Bandbreite von „findet nicht statt“ bis zu „partizipativen Gesprächen“ umschrieben werden und ist damit jedenfalls weitgehend uneinheitlich. Im Sinne einer einheitlichen Rechtspraxis sollten auch hierzu konkrete gemeinsame Empfehlungen gegeben werden (im Zusammenhang mit in § 36 Abs. 3 letzter Satz GE-Reha-Prozess vorgesehenen „Hilfestellung für strukturierte Gespräche“).

4.5 Eingliederungshilfe

Nach dem, was aus der Öffentlichkeit und den Veröffentlichungen zur Bedarfsermittlung in der Eingliederungshilfe bekannt ist, entwickeln die Bundesländer aber auch einzelne Träger individuelle Lösungen und Verfahren⁴³.

⁴³ Vgl. Voruntersuchung als Entscheidungsgrundlage zur Entwicklung eines Instruments zur Ermittlung des Bedarfs im Rahmen der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) im Land Berlin.

Die schon in die Praxis übernommenen Verfahren zeigen im Verhältnis zu den mit diesem Forschungsprojekt bei den übrigen Rehabilitationsträgern getroffenen Feststellungen verschiedene Unterschiede und Abweichungen.

So soll die Feststellung, ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht bzw. welche funktionsbezogenen Beeinträchtigungen von Aktivität und Teilhabe sich aus dieser ergeben, entsprechend der Orientierungshilfe zur Gesamtplanung der BAGüS in einem partizipativen Gespräch zusammen mit dem leistungsberechtigten Menschen aus einer ICD-Diagnose abgeleitet werden, obwohl diese keine Aussage zu Art, Umfang und Folgen der Schädigung der Körperfunktionen und -strukturen beinhaltet.⁴⁴

Andererseits enthalten die Instrumente der Eingliederungshilfe teilweise im Verhältnis zu den in diesem Projekt untersuchten Instrumenten eine deutlich bessere Orientierung der Ermittlung der Beeinträchtigung der Aktivitäten und der Teilhabe, einschließlich der Kontextfaktoren an der ICF. Bei einigen Instrumenten wurde erkennbar die ICF-Checkliste als Maßstab zugrunde gelegt. Die Darstellung der Beeinträchtigungen folgt in der Regel den Domänen der ICF und damit den Lebensbereichen des § 118 SGB IX.

Die unterschiedliche Entwicklung – nicht nur in der Eingliederungshilfe – sondern unverändert bei allen Rehabilitationsträgern wird dem Ziel der trägerübergreifenden Zusammenarbeit noch nicht hinreichend gerecht.

⁴⁴ Vgl. BAGüS – Orientierungshilfe zur Gesamtplanung, Stand Februar 2018, S. 6.

5. Ausblick

Um tatsächlich eine trägerübergreifende Bedarfsermittlung zu erreichen, sollen die Rehabilitationsträger in gemeinsamen Empfehlungen einen Rahmen für die Instrumente durch Grundsätze vorgeben (§ 13 Abs. 1 Satz 2 SGB IX). Die Aufgabe, gemeinsame Grundsätze zur Bedarfserkennung, Bedarfsermittlung und Koordinierung von Rehabilitationsleistungen und zur trägerübergreifenden Zusammenarbeit zu erarbeiten, ist in § 39 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX konkret der BAR zugewiesen. Die BAR hat dazu keine eigenen Grundsätze aufgestellt, sondern die Grundsätze als Kapitel 3, Abschnitt 3 in den Teil 2 (Ausgestaltung des Rehabilitationsprozesses) der Gemeinsamen Empfehlung Reha-Prozess integriert.

Es bietet sich an, die in diesen Grundsätzen enthaltenen Rahmenregelungen nach dem Ergebnis dieses Forschungsprojekts weiter zu entwickeln und damit die noch bestehenden erheblichen Unterschiede zwischen den Trägern zu beseitigen.

5.1 Empfehlungen

Im folgenden Kapitel 5.1 werden die Empfehlungen, die sich aus der Datenerhebung des Forschungsprojekts ergeben haben, zusammengefasst. Dabei wird unterschieden zwischen:

- Empfehlungen, die von am Forschungsprojekt beteiligten Institutionen angeregt wurden (Kapitel 0)
- Empfehlungen des Forschungsteams (Kapitel 5.1.2)

Die Empfehlungen basieren dabei sowohl auf den empirischen Befunden (Kapitel 5.1.2) als auch aggregierten Einschätzungen und Meinungen zur Umsetzungspraxis (insbesondere Kapitel 0). Vor allem die letztgenannten Empfehlungen sind dabei im Rahmen der Fallstudien, trägergruppeninternen und trägerübergreifenden Workshops mehrfach diskutiert und konsolidiert worden.

Die Empfehlungen richten sich sowohl an die Träger(-gruppen), ihre Spitzenverbände und – Vereinigungen als auch die BAR bzw. das BMAS und den Gesetzgeber. Die Empfehlungen sind darauf ausgerichtet, den Bedarfsermittlungsprozess und die trägerübergreifenden Zusammenarbeit bzw. den Austausch zwischen den Trägern zu verbessern, zu vereinheitlichen und zu vereinfachen.

Das Forschungsteam rät dazu, die Empfehlungen der beteiligten Institutionen (5.1.1.) zu prüfen. Grundsätzlich wird darüber hinaus die Umsetzung aller Empfehlungen des Forschungsteams (5.1.2.) angeraten, wobei der zeitliche Horizont insbesondere im Hinblick auf solche Empfehlungen, die mit einem (langwierigen) Entwicklungs- bzw. Abstimmungsprozess verbunden sind, nicht im Detail vorgegeben werden kann.

5.1.1 Empfehlungen aus der Mitte der am Forschungsprojekt beteiligten Institutionen

5.1.1.1 Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Zusammenarbeit, insbesondere auf regionaler Ebene

Erreichbarkeit konkreter Ansprechpartner

Aus allen Trägerbereichen wird beklagt, dass es nur selten möglich ist, in einer bestimmten Situation (z. B. einem individuellen Beratungsgespräch) bei einem anderen Träger einen fachkompetenten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter persönlich zu erreichen.

Ursache ist einerseits, dass selbst regional die jeweils infrage kommenden Kontaktpersonen nicht bekannt sind oder systemisch gar kein Kontakt möglich ist (Zitat: „Bei der BA ist das grundsätzlich nicht möglich. Man kann eine Nachricht hinterlassen und erhält dann innerhalb von 48 Stunden einen Rückruf.“; Zitat: „Bei der DRV Bund erreicht man selten jemanden. Und wenn, ist in einem Telefonat nicht einmal zu klären, ob nach dem gespeicherten Versicherungsverlauf die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sind, bzw. welcher Träger der GRV zuständig ist.“).

Empfehlung:

1. Einrichtung trägerübergreifender Austauschplattformen aller Träger auf regionaler Ebene;
2. Ständig aktualisierte Übersichten der zum Austausch auch im Einzelfall erreichbaren kompetenten Ansprechpartnerinnen und -partner. Dabei wird besonderer Wert auf die fachliche Kompetenz gelegt, da die Ansprechstellen zum Teil scheinbar nur mit einer begrenzten Kompetenz im Sinne einer Front-Office-Funktion ausgestattet sind.

Verbesserung der Kenntnisse über die anderen Träger

Hierbei geht es einerseits um die Kenntnis der unterschiedlichen Organisationsstrukturen und Arbeitsabläufe der verschiedenen Träger als Basis der regionalen Zusammenarbeit.

Andererseits wird eine zu geringe Kenntnis der „Leistungen der anderen Träger“ beklagt. Vor dem Hintergrund des trägerübergreifenden Leistungsrechts des SGB IX bezieht sich das nicht auf die Kenntnis des Leistungsrechts an sich, sondern auf die trotz des einheitlichen Leistungsrechts erkennbar durch Rechtsauslegung und -anwendung häufig unterschiedliche Rechtspraxis. Sind die unterschiedlichen Rechtspraktiken nicht bekannt, führt das zu Fehl- und Falschberatungen aber auch zu Verzögerungen im Verfahren.

Empfehlung:

Regelmäßiger, systematischer Erfahrungsaustausch in Arbeitsgruppen auf regionaler Ebene. Das könnte organisatorisch durch die Arbeitsgemeinschaften nach § 25 Abs. 2 SGB IX gewährleistet werden, wenn diese denn gebildet würden (nach dem Hinweis einzelner Träger soll im Saarland bereits entsprechend erfolgreich zusammengearbeitet werden).

Klärung der Zuständigkeit

Als gravierendes Problem wird insbesondere von den Sozialversicherungsträgern die verbindliche Klärung der Zuständigkeit auf Seiten des Trägers der Eingliederungshilfe beschrieben, besonders dann, wenn überörtliche Träger und kommunale Träger – in den Ländern zum Teil auch noch mit unterschiedlicher Aufgabenzuordnung – als Träger der Eingliederungshilfe in Frage kommen.

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung waren so beispielsweise noch nicht in allen Bundesländern entsprechende Landesausführungsgesetze mit der Bestimmung der Zuständigkeiten verabschiedet, sodass vor dem Hintergrund der nun gesicherten Rechtslage davon ausgegangen werden kann, dass die Zuständigkeiten durch die verantwortlichen Stellen eindeutig festgestellt werden kann.

Empfehlung:

Zur Sicherstellung einer zügigen und eindeutigen Klärung der Zuständigkeit sollten Listen mit den jeweiligen Zuständigkeiten und den Namen fachkompetenter Ansprechpartnerinnen und -partner für die übrigen Träger regional zur Verfügung gestellt werden.

Weitere Vereinheitlichung der eingesetzten Instrumente

Aus der Mitte der beteiligten Institutionen und deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird nachdrücklich die weitere Vereinheitlichung der eingesetzten Instrumente gefordert.

Zitat: „Die GRV akzeptiert das Muster 61 der GKV nicht als [formellen] Antrag.“ (weil es nicht die Unterschrift des Antragstellers trägt und mithin keinen Antrag i.S.v § 19 SGB IV enthält, sondern lediglich die Verordnung des Vertragsarztes nach § 73 Abs. 2 SGB V ist).“

Zitat: „Die Gutachten der beteiligten Träger [Eingliederungshilfe- und Sozialversicherungsträger, aber auch zwischen den Sozialversicherungsträgern] sind hinsichtlich des Inhaltes und der Aussagefähigkeit bezogen auf § 13 Abs. 2 SGB IX zu unterschiedlich, sodass Doppelbegutachtungen unvermeidlich werden.“

Zitat: „Die Unterlagen sind überwiegend medizinorientiert und enthalten keine oder zu wenig Aussagen zur Teilhabesituation.“ Zitat: „Der MDK begutachtet überwiegend aus dem Blickwinkel der Krankenbehandlung und lässt den übergreifenden Ansatz des Bedarfs anderer Leistungsträger unberücksichtigt [insbesondere bezogen auf Hilfsmittel oder LTA].“

Empfehlung:

Die weitere Vereinheitlichung der Anforderungen und Inhalte der Gutachten und Befundunterlagen.

Anwendung des § 13 SGB IX bei Trägern mit hohen Antragszahlen („Massenverwaltung“)

Bei Trägern mit ständig hohen Antragszahlen ist es mit Blick auf die regelhaft verfügbaren Ressourcen an Personal und Sachmitteln faktisch nicht möglich, in allen Fällen unmittelbar nach Antragseingang die nach § 13 SGB IX gebotenen Feststellungen zu treffen. Dies würde dazu führen, dass insbesondere medizinische Leistungen zur Rehabilitation nicht zeitnah (zum frühestmöglichen Zeitpunkt) oder nahtlos eingeleitet und beginnen könnten.

Empfehlung:

Die Entwicklung von alternativen Verfahren zur Bedarfsermittlung.

So könnten bei der Antragstellung nur die Informationen erhoben werden, die zur Klärung der Zuständigkeit und Entscheidung über die beantragte Leistung erforderlich sind. Die vollständige Bedarfsermittlung sollte dann nach dem Ergebnis der bewilligten Leistung vorgenommen und abgeschlossen werden (z. B. vorbereitet durch die Sozialarbeiterinnen und -arbeiter in den Rehabilitationskliniken).

Denkbar ist auch, für im Einzelnen in einer gemeinsamen Empfehlung genau beschriebenen Zielgruppe mit besonders schweren Beeinträchtigungen der Teilhabe, bei denen kein Zweifel dran bestehen kann, dass der Bedarf an Leistungen besteht, im Sinne der AHB auf der Grundlage des Versorgungsmanagements der Krankenkasse nach § 11 Abs. 4 SGB V und § 3 der gemeinsamen Empfehlung, Sozialdienste durch den Sozialdienst des Krankenhauses ohne weiteres Verwaltungsverfahren eine Direktvertretung in eine bedarfsgerechte Rehabilitationseinrichtung vorzunehmen.

Auch in diesen Fällen könnten die Feststellungen nach § 13 SGB IX – gegebenenfalls mit Vorbereitung durch die Sozialarbeiterinnen und -arbeiter der Reha-Kliniken – am Ende der ersten Leistung vorgenommen werden.

5.1.1.2 Fort- und Weiterbildung

Insbesondere von den auf der Arbeitsebene tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller am Forschungsprojekt beteiligten Institutionen wird ein erheblicher Bedarf an Fort- und Weiterbildung geltend gemacht. Dieser bezieht sich nicht nur auf die Kenntnis der Verwaltungsverfahren und Rechtspraktiken der jeweils anderen Träger, sondern ist zum Teil allgemeiner und grundsätzlicher Art.

Das Zitat: „Wir wissen nicht, wie wir die Teilhabeziele ermitteln sollen, auch nicht, wie es die anderen Träger machen“ zeigt trägerübergreifend einen grundlegenden Bedarf an Schulung und Fortbildung hinsichtlich des geänderten Rechts und zwar sowohl rechtstheoretisch, als auch hinsichtlich der praktischen Umsetzung.

Dieser Bedarf erstreckt sich bezüglich der Nutzung der ICF weniger auf die Bedeutung und das grundsätzliche Wissen über die ICF, sondern insbesondere auf die konkrete Operationalisierung der Anwendung im Alltag. Vor allem der Zusammenhang zwischen bio-psycho-sozialem-Modell und ICF und deren jeweiliger Einordnung ist weitgehend nicht bekannt.

Empfehlung:

Trägerübergreifende Weiterbildungsangebote.

5.1.1.3 Vorleistungspflicht (§ 24 SGB IX)

Der Gesetzgeber geht davon aus, dass mit Blick auf die umfassenden und abschließenden Regelungen der Kapitel 3 und 4 des Teils 1 des SGB IX keine Fälle mehr denkbar sein sollten, in denen eine Vorleistung im Sinne des § 43 SGB I in Frage kommen kann.

Das setzt jedoch jederzeit und in allen Fällen rechtskonformes Handeln der Rehabilitationsträger voraus.

Aus der Mitte der am Forschungsprojekt Beteiligten wird geltend gemacht, dass die Aufhebung der Anwendung des § 43 SGB I bei Teilhabeleistungen durch § 24 SGB IX in durchaus nicht wenigen Fällen zu langwierigen Verwaltungsverfahren führt, die für die betroffenen Menschen mit Behinderungen mit erheblichen – später nicht mehr zu schließenden – Leistungslücken verbunden sind.

Empfehlung:

Die mit § 24 SGB IX ausgeschlossene Anwendung des § 43 SGB IX für Teilhabeleistungen im Hinblick auf mögliche gesetzliche Handlungsbedarfe zu überprüfen.

5.1.1.4 Fristenregelung (§ 14 SGB IX) überprüfen

Werden mit einem Leistungsantrag gleichzeitig mehrere Leistungen beantragt (med. Reha und LTA), bei denen die Beurteilung des Leistungsbedarfs und in der Folge des Leistungsanspruchs für die zweite Leistung vom Ergebnis der ersten Leistung abhängen, ergeben sich in der Praxis Schwierigkeiten mit der Zuständigkeitsregelung nach § 14 SGB IX. Lehnt der Träger die zweite Leistung nicht innerhalb der 14-Tage-Frist ab, könnte er kraft Gesetzes für die zweite Leistung leistungs verpflichtet werden, obwohl sich nach Durchführung der ersten Leistung herausstellt, dass entweder gar kein Bedarf besteht oder er nicht zuständiger Träger ist.

Verschiedene Akteure machen darauf aufmerksam, dass die Fristen nach § 18 SGB IX für die Einholung von Sachverständigengutachten bei Anträgen auf Kostenerstattung für selbstbeschaffte Leistungen, insbesondere von Menschen mit psychischen Erkrankungen, zu kurz sind, weil innerhalb dieser Fristen die erforderlichen Gutachten nicht zu erreichen seien. Mit Blick auf die deutlich kürzeren Fristen des vergleichbaren § 13 Abs. 3a SGB V wird dazu keine Empfehlung abgegeben.

Empfehlung:

Prüfung, ob hier für solche Kombi-Anträge eine Regelung aufgenommen werden sollte, nach der das Verfahren des Folgeantrags bis zum Vorliegen des Ergebnisses der ersten Leistung ruht.

5.1.2.5 Personalausstattung

Der Gesetzgeber ist davon ausgegangen, dass die Einführung eines trägerübergreifenden verbindlichen Teilhabeplanverfahrens zu Mehrausgaben bei allen Rehabilitationsträgern führt. Allein für die Träger der Eingliederungshilfe wurden diese Mehrausgaben auf rund 50 Millionen Euro geschätzt. Grundlage für diese Schätzung ist die Expertise „Verwaltungskosten der Fallbearbeitung in der Eingliederungshilfe nach Kapitel 6 SGB XII“ des Instituts für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG) vom März 2015. In komplexen Leistungsfällen werde zusätzliches Personal, das zudem fachlich qualifiziert sein soll, erforderlich.⁴⁵

Von allen an der Studie beteiligten Institutionen und deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, insbesondere aus der Ebene der Sachbearbeitung, wird berichtet, dass das Teilhabeplanverfahren einschließlich des Verfahrens der Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs mit erheblich erhöhtem Arbeitsaufwand verbunden ist. Dies entspricht den Erwartungen des Gesetzgebers.

Bei keinem der beteiligten Rehabilitationsträger sind Ansätze dafür erkennbar, diesen erhöhten Aufwand personell auszugleichen. Es wird berichtet, dass einem Personalausgleich in der Regel verwaltungsinterne Spar- und Rationalisierungsprogramme oder Personal-Benchmarking entgegenstehen. Zudem wird insgesamt ein großer Bedarf an Fort- und Weiterbildung gesehen, der bisher nur in Ansätzen gedeckt ist (vgl. Abschnitt 5.1.1).

Empfehlung:

Alle Rehabilitationsträger sollten kritisch prüfen, inwiefern eine Personalaufstockung zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung notwendig ist und inwiefern gegebenenfalls auch zusätzliche spezifische Personalressourcen (medizinische, psychologische) geschaffen werden müssen.

5.1.2 Ergänzende Empfehlungen des Forschungsteams

5.1.2.1 Datenschutz

Die Erkennung, Ermittlung und Feststellung des individuellen Reha-Bedarfs sowie die Gewährung von Leistungen „wie aus einer Hand“ ist, gerade in trägerübergreifenden Fällen, nur dann möglich, wenn Daten über den Leistungsberechtigten erhoben und imungsverfahren miteinander ausgetauscht werden. Koordination und Kooperation, insbesondere bei der Teilhabeplanung, sind ohne die Übermittlung von Daten nicht denkbar.

⁴⁵ BT-Drs. 18/9522 S. 214.

Eine spezielle gesetzliche Regelung zur Nutzung der ICF, speziell bei der Datenerhebung/ -übermittlung (als Arten der Datenverarbeitung) in Form ihrer Systematik, Begrifflichkeit und Codes gibt es nicht. Die auch insoweit bestehenden datenschutzrechtlichen Fragen sind grundsätzlich nicht ICF-spezifisch, sondern betreffen allgemein den Umgang mit personenbezogenen Daten in der Rehabilitation.

Dabei gilt nach den grundlegenden Normen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) (insbesondere Art. 6 und 9), dass die Verarbeitung personenbezogener Daten zulässig ist, wenn sie für die Erfüllung gesetzlicher Aufgaben erforderlich ist. Die gesetzlichen Aufgaben in Bezug auf die Leistungen zur Teilhabe ergeben sich für die Rehabilitationsträger i.S.d. § 6 SGB IX zunächst aus den einschlägigen Leistungsgesetzen (z.B. SGB III, V, VI, VII). Zudem sind in dem durch die EU-DSGVO gesetzten Rahmen die bereichsspezifischen Datenschutzregelungen des SGB X, insbesondere §§ 67 ff. SGB X, zu beachten. Auch das SGB IX enthält spezifische datenschutzbezogene Regelungen (§§ 22, 23 SGB IX).

Für andere Akteure der Rehabilitation (z. B. Leistungserbringer) gelten gegebenenfalls darüber hinaus z. B. auch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) oder jeweilige Landesdatenschutzgesetze sowie weitere Spezialregelungen. Für Ärzte und andere Berufsgeheimnisträger ist zudem insbesondere § 203 Strafgesetzbuch (StGB) zu beachten. Insoweit gelten teils Besonderheiten für die Übermittlung von Daten, die dem Rehabilitationsträger von einem Arzt oder einer anderen der Schweigepflicht nach § 203 StGB unterliegenden Person zur Verfügung gestellt wurden. Der Rehabilitand kann hier einer Datenübermittlung gegebenenfalls widersprechen (§ 76 SGB X).

Die gesetzlichen Aufgaben im Kontext trägerübergreifender Zusammenarbeit bei den Leistungen zur Teilhabe sind im Teil 1 des SGB IX, insbesondere Kapitel 2 bis 4, geregelt. Der Gesetzgeber hat in § 7 Abs. 2 SGB IX festgelegt, dass diese Bestimmungen selbst dann für alle Rehabilitationsträger unmittelbar gelten, wenn in den für sie geltenden Leistungsgesetzen abweichende Regelungen enthalten sein sollten (sog. „abweichungsfestes“ Recht).

Für die Anwendung der ICF ist das Verfahren der Ermittlung des Bedarfs an Leistungen zur Teilhabe von besonderer Bedeutung. Schon der Wortlaut des § 13 SGB IX, der die gesetzlichen Mindestanforderungen an die Bedarfsermittlung enthält, lässt die Orientierung an der ICF erkennen. Noch deutlicher wird dies aus der in § 118 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB IX für die Eingliederungshilfe enthaltenen Konkretisierung, nach der die Bedarfsermittlung durch ein Instrument erfolgen muss, das sich an der ICF orientiert und die Beschreibung einer nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe in den neun in der ICF beschriebenen Lebensbereichen vorsehen muss.

§ 19 Abs. 1 SGB IX bestimmt, dass die beteiligten Rehabilitationsträger im Benehmen miteinander und im Benehmen mit den Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen hinsichtlich Ziel, Art und Umfang funktionsbezogen, das heißt auch hier: ICF-orientiert, feststellen und schriftlich oder elektronisch so zusammenstellen, dass sie nahtlos ineinandergreifen. Die Steuerung des nahtlosen Teilhabeplanverfahrens ist gesetzliche Aufgabe des leistenden Rehabilitationsträgers auf der Grundlage des Teilhabeplans und der darin dokumentierten Feststellungen aller beteiligten Rehabilitationsträger. Der leistende Rehabilitationsträger hat – federführend für alle weiteren beteiligten Träger – den Teilhabeplan entsprechend dem Verlauf anzupassen.

erwartete Wirkung ohne eine trägerübergreifende enge Zusammenarbeit, insbesondere auch auf regionaler Ebene, nicht erreichen werden.

Die Studie zeigt dauerhaft einen erheblichen Abstimmungs- und Koordinationsbedarf bei:

- der Zusammenarbeit und Abstimmung im Einzelfall;
- der Gestaltung der grundsätzlichen Zusammenarbeit im regionalen Raum;
- der Klärung von Abgrenzungsfragen im Einzelfall, aber auch bei vergleichbaren Fällen in einer Region;
- der Beratung im Einzelfall und der Abstimmung der Beratungsinhalte;
- der Gewährleistung eines gemeinsamen aktuellen Wissensstands über die jeweiligen Arbeitsablauforganisationen, Verwaltungsverfahren und Rechtspraktiken insbesondere im regionalen Raum (vgl. im Einzelnen Abschnitt 5.1.1).

Der Gesetzgeber hat für diese Koordination bereits mit dem am 1. Juli 2001 in Kraft getretenen SGB IX eine Rechtsgrundlage für diese Zusammenarbeit und einen organisatorischen Rahmen geschaffen.

Nach § 25 Abs. 1 SGB IX sind die Rehabilitationsträger nämlich im Rahmen der durch Gesetz, Rechtsverordnung oder allgemeine Verwaltungsvorschrift getroffenen Regelungen dafür verantwortlich, dass:

- die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich erbracht werden,
- Abgrenzungsfragen einvernehmlich geklärt werden,
- Beratung entsprechend den in den §§ 1 und 4 genannten Zielen geleistet wird,
- Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen durchgeführt werden,
- Prävention entsprechend dem in § 3 Absatz 1 genannten Ziel geleistet wird sowie
- die Rehabilitationsträger im Fall eines Zuständigkeitsübergangs rechtzeitig eingebunden werden.

Fast alle beschriebenen Problemfelder lassen sich der hier beschriebenen Verantwortung zuordnen und können in diesem Rahmen trägerübergreifend gelöst werden.

Der Gesetzgeber hat in § 25 Abs. 2 SGB IX vorgesehen, dass die Rehabilitationsträger und ihre Verbände als organisatorische Plattform für ihre Zusammenarbeit zur gemeinsamen Wahrnehmung von Aufgaben zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen regionale Arbeitsgemeinschaften bilden. § 88 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 SGB X gelten entsprechend.

Seit Inkrafttreten des SGB IX am 1. Juli 2001 haben die Rehabilitationsträger in keinem Bundesland eine gemeinsame Arbeitsgemeinschaft gebildet.

Empfehlung:

Zur Lösung der vielfältigen Zusammenarbeits- und Koordinationsprobleme wird empfohlen, dass der Gesetzgeber die Errichtung der regionalen Arbeitsgemeinschaften nunmehr verbindlich regelt.

Dazu könnte § 25 Abs. 2 SGB IX wie folgt gefasst werden:

„Zur Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1, insbesondere zur Durchführung der Aufgaben nach Kapitel 3 und 4, bilden die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 SGB IX in jedem Bundesland eine regionale Arbeitsgemeinschaft. § 88 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 des Zehnten Buches gilt entsprechend.“

5.1.2.3 Orientierung am bio-psycho-sozialen Modell

Die Beurteilung der Teilhabeeinschränkungen soll für alle Rehabilitationsträger und alle Leistungsformen (§ 5 SGB IX) funktionsbezogen und damit grundsätzlich nach dem bio-psycho-sozialen-Modell erfolgen (vgl. Kapitel 4.2).

Diese Anforderung ist den Akteuren bekannt und auch theoretisch bewusst. Wie man allerdings ganz praktisch eine Bedarfsermittlung auf der Basis des Modells durchführt, ist dagegen weitgehend unbekannt. Die Vorstellungen dazu umfassen eine Bandbreite von unterschiedlichen Wissensständen.

Nach § 36 Abs. 3 Satz 4 der GE-Reha-Prozess bieten sich hierzu „insbesondere strukturierte Gespräche zur Einholung von Informationen, z. B. in Beratungs- und Befundgesprächen an“. Je nach Berufsgruppe, die solche Gespräche führt, bestehen allerdings sehr unterschiedliche bis keine Vorstellungen darüber, was denn ein „strukturiertes Gespräch“ auf der Basis des bio-psycho-sozialen Modells beinhaltet.

§ 36 Abs. 3 Satz 5 GE-Reha-Prozess sieht – allerdings nur als Möglichkeit – die Unterstützung der Gespräche durch „entsprechende Hilfestellungen“ vor.

Empfehlung:

Zur Sicherstellung einer einheitlichen Rechtspraxis wird empfohlen, die „Hilfestellung“ in der Form eines Gesprächsleitfadens in § 36 Abs. 3 Satz 5 GE-Reha-Prozess verpflichtend zu verankern und einen solchen Gesprächsleitfaden auf der Plattform der BAR als Anlage zur GE-Reha-Prozess zu erarbeiten.

Der derzeit von einer Projektgruppe des Sachverständigenrates der Ärzteschaft der BAR erarbeitete „Leitfaden für die Erhebung von Kontextfaktoren“ enthält bereits Ansätze, die auch für einen Gesamtleitfaden geeignet erscheinen.

5.1.2.4 Einheitliche Qualität der Bedarfsermittlung

Die Qualität und Aussagefähigkeit bezogen auf die Anforderungen des § 13 Abs. 2 SGB IX und damit die Verwertbarkeit des Erhebungsergebnisses ist nicht nur von der Frage der eingesetzten Instrumente, sondern in erheblichem Maße insbesondere von der Profession der damit befassten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und deren fachlicher Kompetenz abhängig.

Nach dem Ergebnis der Studie sind derzeit bei den Trägern ganz unterschiedliche Berufsgruppen mit ganz unterschiedlichem fachlichem Hintergrund und Kompetenzen mit der Bedarfsermittlung befasst.

Während im Bereich der Eingliederungshilfe überwiegend Absolventen eines Studiums der Sozialen Arbeit oder entsprechend ausgebildete Verwaltungsfachangestellte die Ermittlung in partizipativen Gesprächen mit den Betroffenen durchführen, sind im Bereich der Sozialversicherungsträger verschiedene Berufsgruppen (Vertragsärzte, Ärzte des Trägers, Psychologen, Sozialversicherungsfachangestellte usw.) zu unterschiedlichen Zeiten in das Verfahren der Erhebung eingebunden. Ebenso uneinheitlich ist die Beteiligung der Berufsgruppen am letztendlichen Entscheidungsprozess über die Leistung (z. B. Ausübung des Auswahlermessens).

Eine einheitliche Qualität der Bedarfsermittlung wird auf diesem Hintergrund nur gesichert werden können, wenn die Beteiligten sowohl über die Gestaltung des Gesprächsleitfadens (Kapitel 5.1.2.3)

wie auch die Gestaltung der eingesetzten Instrumente und deren Inhalte zu einem vergleichbaren Ergebnis der Bedarfsermittlung hingeführt werden (einheitliche Sprache ICF, Definition der erwarteten Mindestinhalte).

Dieses Ziel erscheint am ehesten durch eine einheitliche Dokumentationsmatrix erreichbar.

Empfehlung:

Für die nach § 19 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX erforderliche Dokumentation des Ergebnisses der individuellen Bedarfsermittlung wird auf der Ebene der BAR eine trägerübergreifend einheitliche Dokumentationsmatrix entwickelt. § 55 GE-Reha-Prozess wird entsprechend ergänzt. Darüber hinaus kann auch § 19 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX durch den Gesetzgeber entsprechend angepasst werden.

5.1.2.5 Informationsfluss zur Gewährleistung der Koordination

Nach § 19 Abs. 3 Satz 2 SGB IX sichert der leistende Rehabilitationsträger durchgehend das Verfahren. Die in §§ 15 bis 23 SGB IX definierten Koordinationsaufgaben bleiben danach in der Verantwortung des leistenden Rehabilitationsträgers bestehen, auch wenn er bereits seine Leistung beendet hat und nachfolgende Rehabilitationsträger tätig sind (§ 30 GE-Reha-Prozess). Diese Verantwortung erfordert die Organisation eines zeitnahen trägerübergreifenden Informationsaustauschs zwischen den Trägern.

Im Zeitalter der Digitalisierung bietet sich ein unbürokratischer und kostengünstiger Datenaustausch an. Die unter Kapitel 5.1.2.4 empfohlene Dokumentationsmatrix könnte dazu die geeignete Basis bieten.

Während der Studie war nicht erkennbar, dass bei den Trägern eine Entwicklung zur Gewährleistung des Informationsflusses in dem hier beschriebenen Sinne begonnen hat.

Empfehlung:

Auf der Ebene der BAR sollten alsbald Arbeiten zur Entwicklung des trägerübergreifenden Informationsflusses aufgenommen werden.

5.1.2.6 Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs

Die Rehabilitationsträger haben zur einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs nach § 13 Abs. 1 SGB IX systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel (Instrumente) zu verwenden.

Nach § 44 Abs. 2 GE-Reha-Prozess werden bestehende Instrumente unter Nutzung der Möglichkeiten des bio-psycho-sozialen Modells, das der ICF zugrunde liegt, weiterentwickelt und womöglich trägerübergreifend vereinheitlicht.

Für die rechtmäßige Durchführung des Bedarfsermittlungsverfahrens nach § 13 Abs. 2 SGB IX kommt es entscheidend darauf an, ob mit den Instrumenten die nach § 13 Abs. 2 SGB IX zu treffenden Feststellungen rechtlich zutreffend möglich sind, und nicht darauf, inwieweit sie formal oder tatsächlich ICF-orientiert sind.

Nach Inkrafttreten des BTHG wurde die Umsetzungsdiskussion zunächst auf formale Anforderungen der ICF fokussiert. Dabei wurde die ICF – unzutreffend – sogar als mögliches Assessment-Instrument eingeordnet. Zwischenzeitlich setzt sich die unmittelbare Orientierung am bio-psycho-

sozialen Modell durch, das mit seiner Ausgestaltung in den Domänen der ICF auch die Grundlage für die nach § 13 Abs. 2 SGB IX zu treffenden Feststellungen bildet.

5.2 Anregungen zum weiteren Forschungsbedarf

Vor dem Hintergrund der hier erzielten Ergebnisse und des Projektprozesses ergeben sich aus Sicht der Autoren weitere Forschungsbedarfe:

- Im Zuge der Umsetzung des BTHG sind vielfältige Projekte begleitend initiiert worden. Aus Sicht des Forschungsteams stellt sich das Erfordernis, die daraus resultierenden Ergebnisse in Beziehung zueinander zu setzen. Die hier in der Implementationsstudie gemäß § 13 SGB IX erzielten Ergebnisse weisen darauf hin, dass eine Reihe von Anforderungen durch das BTHG noch nicht zum Tragen gekommen sind. Es ist anzuraten, die begonnenen Anstrengungen auf Trägerebene weiter im Blick zu behalten und einer weiteren zu einem späteren Zeitpunkt anzuschließenden Evaluation zuzuführen.
- Wirkungsanalyse: Die in diesem Projekt durchgeführten Analysen beziehen sich ausschließlich auf Aktivitäten der Rehabilitationsträger bezüglich einer umfassenden Bedarfsermittlung. Unklar bleiben Auswirkungen auf Ebene der
 - Träger sowie
 - auf Ebene der Rezipienten, also der Menschen mit Teilhabebedarfen.
- Die Rolle der Träger der Eingliederungshilfe konnte aus vielfältigen Gründen in diesem Projekt nur peripher betrachtet werden. Da es sich hier um einen segregierten, jedoch potentiell bedeutsamen Träger handelt, sollte weiter überlegt werden, wie die bereits durchgeführten Prozessanalysen hier zukünftig angelegt werden können.
 - Es zeichnet sich ab, dass die verschiedenen Träger verschiedene Verfahren zur Bedarfsermittlung entwickeln und einsetzen. Die von Engel/Beck durchgeführte Studie „Voruntersuchung als Entscheidungsgrundlage zur Entwicklung eines Instruments zur Ermittlung des Bedarfs im Rahmen der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) im Land Berlin“ sollte bundesweit angelegt werden. Das Untersuchungsziel sollte dabei auch der Frage folgen, inwieweit verschiedene Verfahren Unterschiede im Leistungsgeschehen auslösen.
- Schnittstellenanalysen: Die ermittelten Ergebnisse weisen auf einen erhöhten Kommunikationsbedarf zwischen verschiedenen Trägern mit unterschiedlicher Bedeutung hin. Zukünftige Analysen sollten nachzeichnen, welche Anstrengungen im Hinblick auf die trägerübergreifende Zusammenarbeit unternommen wurden und was sich dadurch im Prozess der Bedarfsermittlung verändert.
- Das Thema Datenschutz sollte korrespondierend zu allen o.a. Themen weiter beobachtet und begleitet werden. In diesem Zusammenhang sollten auch die Aktivitäten hinsichtlich der Digitalisierung der Prozesse und deren Auswirkungen in den Blick genommen werden. Prozessdigitalisierung unter den Rahmenbedingungen des Sozialdatenschutzes sollte als Erfolgsfaktor einer Umsetzung des § 13 SGB IX als Schwerpunkt weiter beobachtet werden.

6. Quellen- und Literaturverzeichnis

- Bertalanffy, L. v. (1968). *Organismic Psychology and Systems Theory*. Worcester: Clark University Press.
- Buchholz, A., Spies, M., & Brütt, A. (2015). ICF-basierte Messinstrumente zur Bedarfserfassung und Evaluation in der Behandlung von Patienten mit psychischen Störungen – ein systematisches Review. *Die Rehabilitation*, 54(3), S. 153-159.
- Cieza, A., Brockow, T., Ewert, T., Amman, E., Kollerits, B., Chatterji, S., . . . Stucki, G. (2002). Linking Health-Status Measurements to the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 34, S. 205-210.
- Engel, G. (1977). *Der klinische Zugang zum Patienten: Anamnese und Körperuntersuchung. Eine Anleitung für Studenten und Ärzte*. Bern u.a.: Huber.
- Engels, D. (2019). *ISG, Gibt es neun Lebensbereiche? Teil I und II: Kritische Rückfragen an die ICF-Komponente „Aktivitäten und Teilhabe aus soziologischer Sicht“, Beiträge C1-2019 und C2-2019*. Von www.reha-recht.de abgerufen
- Farin, E., Fleitz, A., & Folert, P. (2006). Entwicklung eines ICF-orientierten Patientenfragebogens zur Erfassung von Mobilität und Selbstversorgung. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 16(4), S. 197-211.
- Fuchs, H. (2018). *Intention des Gesetzgebers zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs nach § 13 SGB IX und Begriffsbestimmung Teil I: Intention des Gesetzgebers hinter altem und neu-em Recht, Teil II: Trägerübergreifend einheitliche Mindestanforderungen, Beiträge A 16-20018 und A 17*. Von www.reha-recht.de abgerufen
- Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB). (2018). Forschungsbericht 503: Aufbau und Analyse des LTA-Rehaprozessdatenpanels.
- Kritz, J. (1997). *Systemtheorie: Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner*. Wien: Facultas.
- Linden, M., & Baron, S. (2005). Das „Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-P)“. Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen. *Die Rehabilitation*, 44(3), S. 144-151.
- Rambausek-Haß, T., & Bayerlein, M. (2018). *Partizipation in der Bedarfsermittlung – Was ändert sich durch das Bundesteilhabegesetz? Teil I u. II Beiträge D28-2018 D29-2018*. Von www.reha-recht.de abgerufen
- Schiepek, G., & Spörkel, H. (1993). *Verhaltensmedizin als angewandte Systemwissenschaft*. Bergheim bei Salzburg: Mackinger.
- Schubert, M., Sutorius, M., Viehmeier, S., Poth, A.-K., Brand, C., Gassel, M., . . . Seel, H. (2019). *Bedarfsermittlungskonzept für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben*. Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
- Tate, R., Goodbee, K., & Sigmundsdottir, L. (2013). A systematic review of assessment tools for adults used in traumatic brain injury research and their relationship to the ICF. *NeuroRehabilitation*, 32, S. 729-750.
- Uexküll, T., & Wesiack, W. (1998). *Theorie der Humanmedizin: Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns* (3., völlig überarb. Ausg.). München u.a.: Urban & Schwarzenberg.
- Wagner, W. (2018). *Bundesteilhabegesetz und ärztliche Begutachtung. Beitrag C5-2018*. Von www.reha-recht.de abgerufen
- Wenzel, T.-R., & Morfeld, M. (2016). Das biopsychosoziale Modell und die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*(9), S. 1125-1132.
- Wirtz, M., Müller, E., Böcker, M., Forkmann, T., & Kröhne, U. (2012). Fähigkeitsverankerte und IRT-basierte Analyse von Veränderung von Belastungen von Patienten mit muskuloskelettalen Erkrankungen im Behandlungsverlauf mittels des computeradaptiven Diagnostiksystems RehaCAT. *DRV-Schriften*, 98, S. 77-79.

7. Anlagen (beigefügt als Anhang)

- 7.1 Präsentation zur fachlichen Ausgangslage der Implementationsstudie
- 7.2 Gesprächsleitfaden der explorativen Interviews (Phase 0)
- 7.3 Fragebogen der Online-Befragung (Phase 1)
- 7.4 Konzeptpapier der Fallstudien (Phase 2)

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales kostenlos herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Publikation dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Außerdem ist diese kostenlose Publikation - gleichgültig wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Publikation dem Empfänger zugegangen ist - nicht zum Weiterverkauf bestimmt.

Alle Rechte einschließlich der fotomechanischen Wiedergabe und des auszugsweisen Nachdrucks vorbehalten.

7. Anhang zum Abschlussbericht

7.1 Präsentation zur fachlichen Ausgangslage der Implementationsstudie

Rehabilitations und Teilhabebedarf, Instrumente & Arbeitsmittel

Matthias Morfeld

Harry Fuchs

Agenda

- Teil – Matthias Morfeld
 - Wie und womit misst man Bedarf?
 - Funktionsbezogen – was kann ich und was nicht?!
 - Teilhabe – Herausforderungen eines Konstruktes!
 - Was heißt eigentlich ICF Affinität?
- Teil – Harry Fuchs
 - Zur Intention des Gesetzgebers
 - Begriffsbestimmung
 - Anforderungen an die Instrumente
 - Operationalisierung der und Qualitätsanforderungen an die Arbeitsprozesse

Herausforderungen

- Grundlagen/Bestimmungen
 - Unklare Begriffe: Bedarf, Funktionsbezogen, Teilhabe etc.
- Instrumente und Arbeitsmittel
 - Wann ist ein Instrument ein Instrument und wann nicht?
 - Und was heißt eigentlich ,orientiert an der ICF'?
- Gegenstandsbereiche
 - Medizinische, Berufliche, Soziale Rehabilitation,...Teilhabe an Bildung
 - Differierende Teilhabebiografien (von Geburt an, Unfall, chronisch degenerativ, Pflege, etc.)
 - Segregiertes System der Bedarfsermittlung und der Leistungserbringung

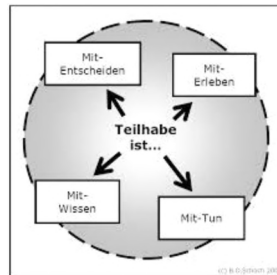
Herausforderungen

- Grundlagen/Bestimmungen
 - Unklare Begriffe: Bedarf, Funktionsbezogen, Teilhabe etc.
- Instrumente und Arbeitsmittel
 - Wann ist ein Instrument ein Instrument und wann nicht?
 - Und was heißt eigentlich ,orientiert an der ICF'?
- Gegenstandsbereiche
 - Medizinische, Berufliche, Soziale Rehabilitation,...Teilhabe an Bildung
 - Differierende Teilhabebiografien (von Geburt an, Unfall, chronisch degenerativ, Pflege, etc.)
 - Segregiertes System der Bedarfsermittlung und der Leistungserbringung

Orientierung und Rahmen für Instrumente

- Anforderungen an den Prozess der Bedarfsermittlung (Auswahl)

- Sozialraumorientiert
- Lebensweltbezug
- Personbezogen
- Multi/inter
- Barrierefrei & kommunikabel
- Passung in Pläne
- Kultursensitiv
- Teilhabeorientiert



Teilhabe-Plan

Ziele: 1. _____
 2. _____
 3. _____

14 ? _____

Wer hilft? ? _____

- Funktionsbezogen

Bedarfsfeststellung durch Rehabilitationsträger

§10(1) SGB IX Koordination der Leistungen
 Die beteiligten Rehabilitationsträger (stellen) im Benehmen miteinander und in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen funktionsbezogen fest (...) und schriftlich so zusammenfassen (...), dass sie nahtlos ineinander greifen. Die Leistungen werden entsprechend dem Verlauf der Rehabilitation angepasst und darauf ausgerichtet, den Leistungsberechtigten (...) umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zügig, wirksam, wirtschaftlich und auf Dauer zu ermöglichen.

fdr

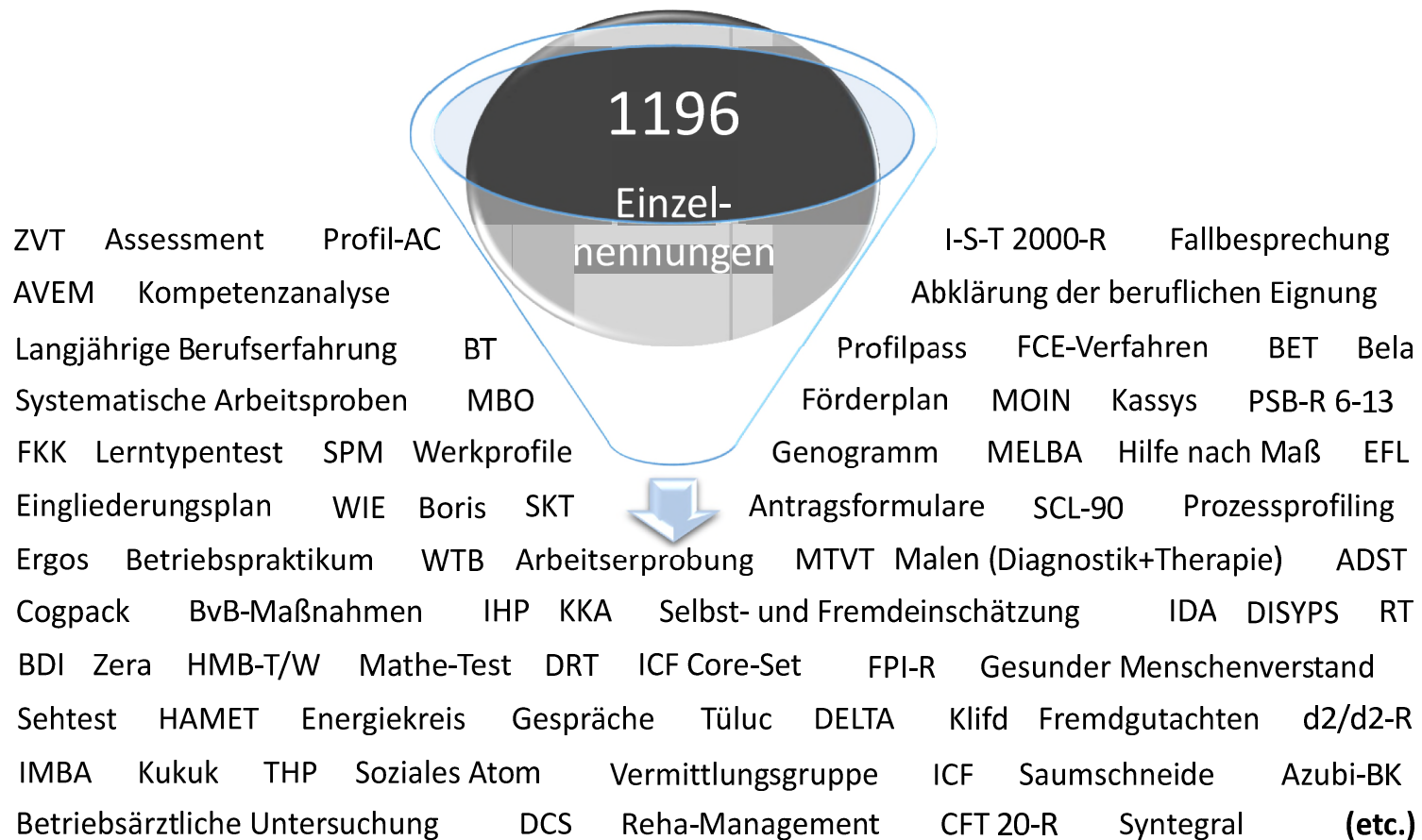


Was liegt vor (Literatur) und wie sieht die Wirklichkeit aus?



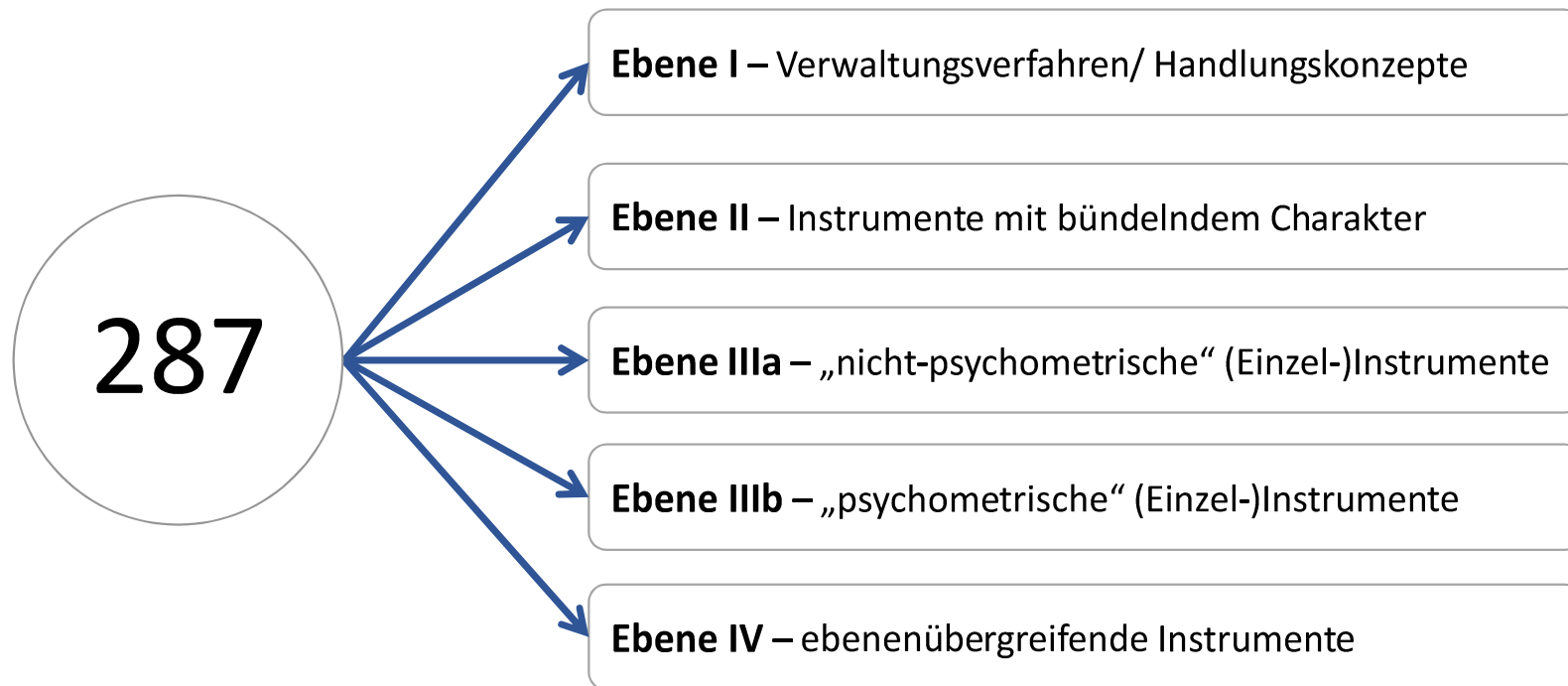
Die Wirklichkeit...

- Bundesweite Erhebung von Instrumenten zur Bedarfsermittlung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Schubert et al.
 - Machbarkeitsstudie
- Abfrage bei LT & LE
- Operative Ebene
- Und so sieht es aus...



- **Verfahrensvielfalt**

Eine mögliche Sortierung der Instrumente, Verfahren & Instrumente – b3 Projekt



Einschätzung der Verfahrensvielfalt

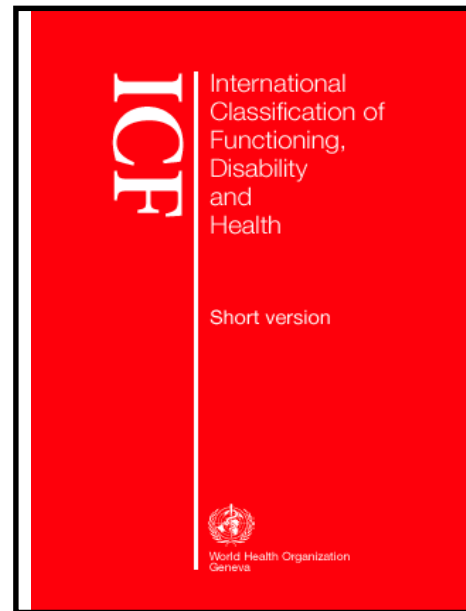
Medizinische Reha – Verfahren gut publiziert; Verbreitung und Implementation(sgrad) unbekannt

Berufliche Reha – auszugehen von sehr guter Systematisierung durch b

Soziale Reha

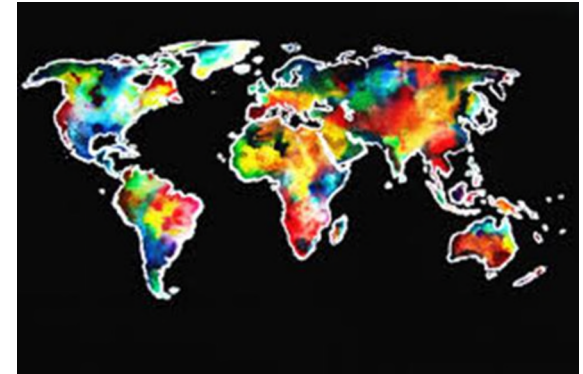
L. zur Bildung ?? (neuer Bereich)

Was heißt/bedeutet eigentlich Orientierung/Affinität?



Vorbemerkungen

- Das Bio Psycho Soziale Modell der ICF
 - Die ICF basiert auf dem B – S Modell!
- Die ICF ist eine Klassifikation!
 - Sehr wohl impliziert sie ein Denk – oder Referenzmodell!
- Die Klassifikation folgt dem Baum–Ast–Zweig Blatt System
- Zukünftig ist eine begriffliche und terminologische Schärfung zu fordern!



Das bio psycho soziale Modell

Grundlagen & Terminologie

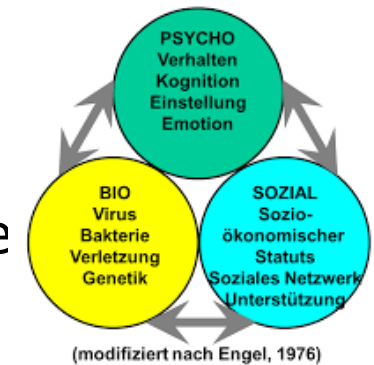
Das bio psycho soziale Modell

- Hervorgegangen aus Studien zur Allgemeinen Systemtheorie
 - (vgl. Luhmann in: Gerok Kriz Schiepek Spörkel)
- Ursprünge finden sich in der Biologie
 - Bertalanffy
- Ausformulierung und Propagierung des Modells als Grundlage für die psychosomatische Medizin war wiederum im Wesentlichen die Arbeit von *George L. Engel*
 - Engel (1977; 1989)
 - Von Uexküll & Wesiack

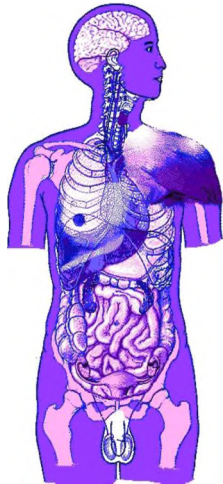


George L. Engel

Das Biopsychosoziale Modell

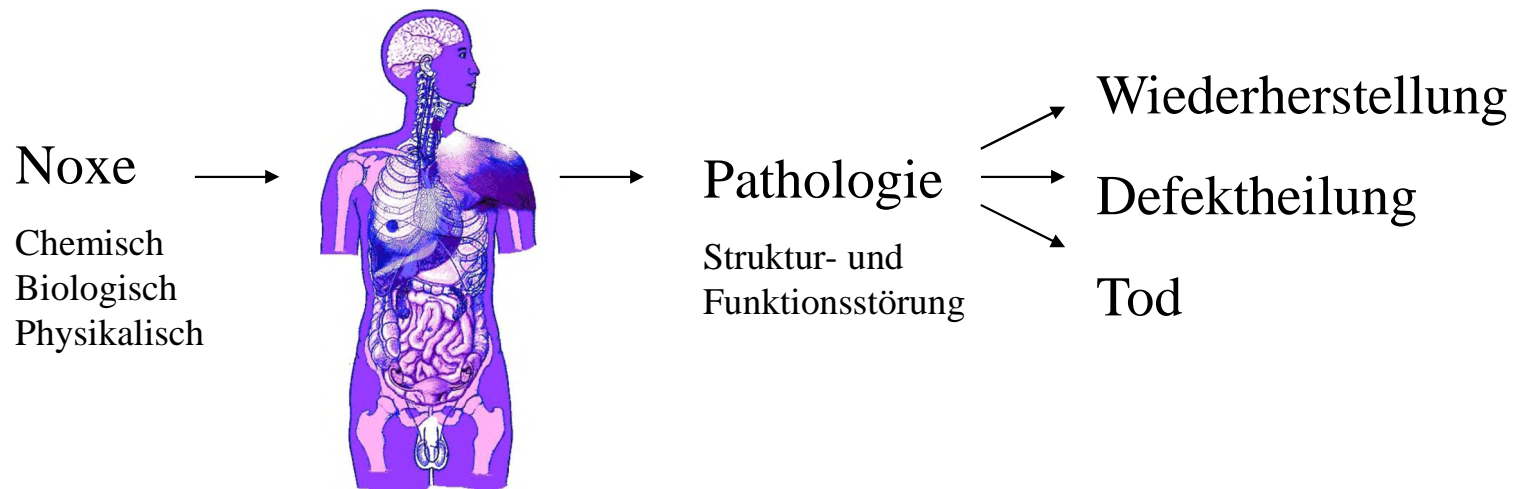


Bio – Psycho Sozial



Zunächst 3 singuläre Zugänge ‚Krankheit – Störungen – Behinderungen‘
zu erklären

Biomedizinisches Krankheitsmodell



Ätiologie
Lehre von den
Krankheits-
ursachen

Pathogenese
Entstehung eines
krankhaften
Geschehens

Kritik daran:
Krankheit wird auf den
Organismus beschränkt –
Kybernetik!

Modell Psychischer Störungen – Modelle von Persönlichkeit

Eigenschaften

Behaviorismus

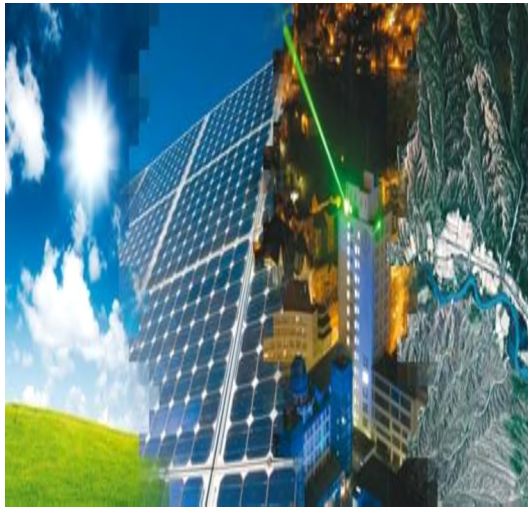


Biologie

Humanismus

Psychoanalyse

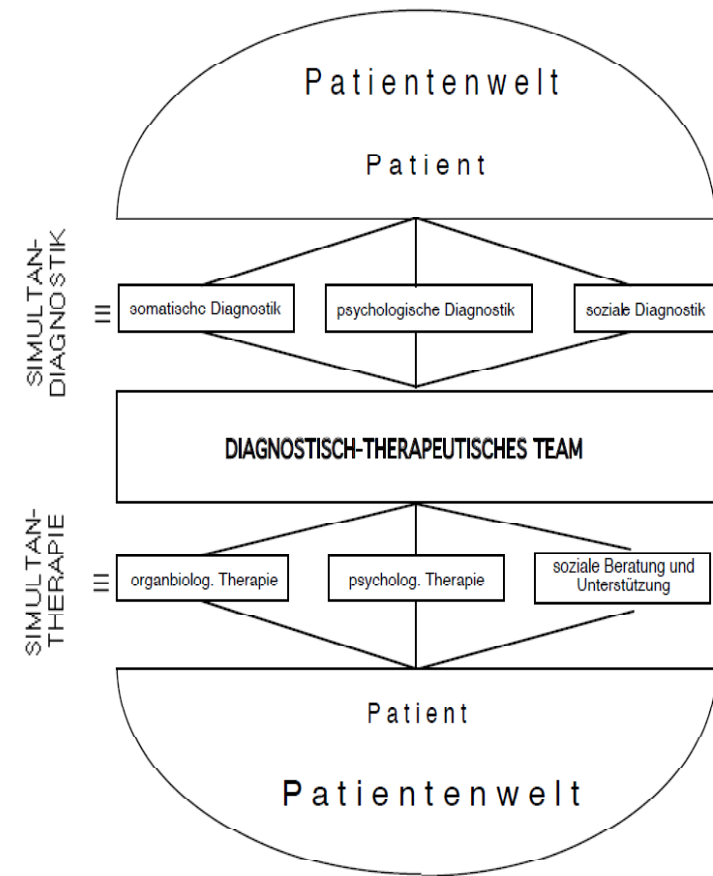
Soziale/ ökologische Modelle



- Das Sein bestimmt das Bewusstsein (K. Marx)
- Weil du arm bist musst du früher sterben (R. Virchow)
- Aspekte des Sozialen Kapitals (P. Bourdieu)
- Ungleiche Verteilung von materiellen und immateriellen Lebenschancen – soziale Ungleichheit

Fusion – das BPS Modell

- Vorstellungen aus der System Theorie
 - Zeitgleiche/Simultane Betrachtung medizinischer, psychischer und sozialer Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit
- Psychosomatik

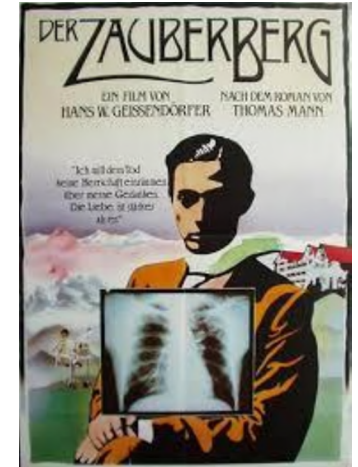


Egger,

Reaktionen aus Sicht der Rehabilitation

Rehabilitation in D bis weit in die ziger Jahre hinein...

- Unsystematische komplexe Intervention
- Medizindominiert mit entsprechender Diagnostik
- Pädagogische Ansätze, lerntheoretische Grundlagen eher im Hintergrund
- QS unbekannt und Nutzen unklar/nicht hinterfragt



Koch et al. 1988

Paradigmenwechsel

- Infragestellung von ‚Kur‘
- Psychiatrie Enquete
- Professionalisierung von Diagnostik
- Ökonomisierung und QS im SGB (1988; 2001)
- Fragen nach der Wirksamkeit werden von der Wissenschaft & Politik gestellt

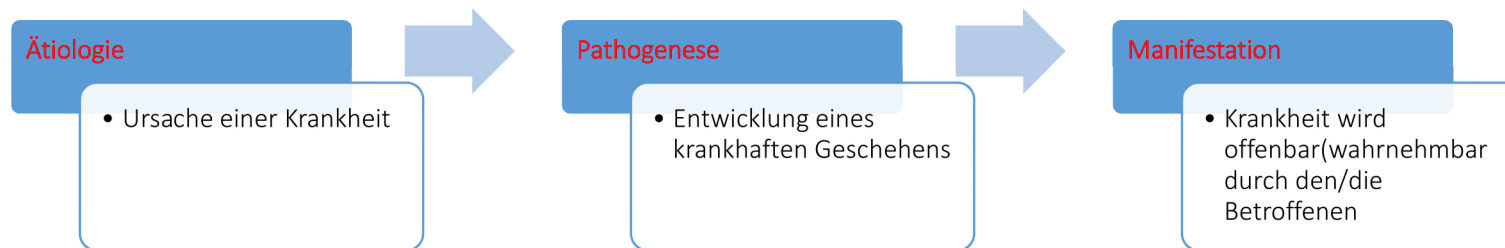
Änderung im Verständnis von chronischer Krankheit und Behinderung



Koch & Morfeld

Weg vom Ätiologie Modell – a new challenge!

Gemäß der WHO wird Disease (Krankheit) als Ergebnis einer Entwicklung definiert:



Ursache-Wirkungsmodell wird auf heilbare, akute Krankheiten angewendet!

Chronische Erkrankungen und komplexe Syndrome lassen sich mit diesem Modell nicht erklären!

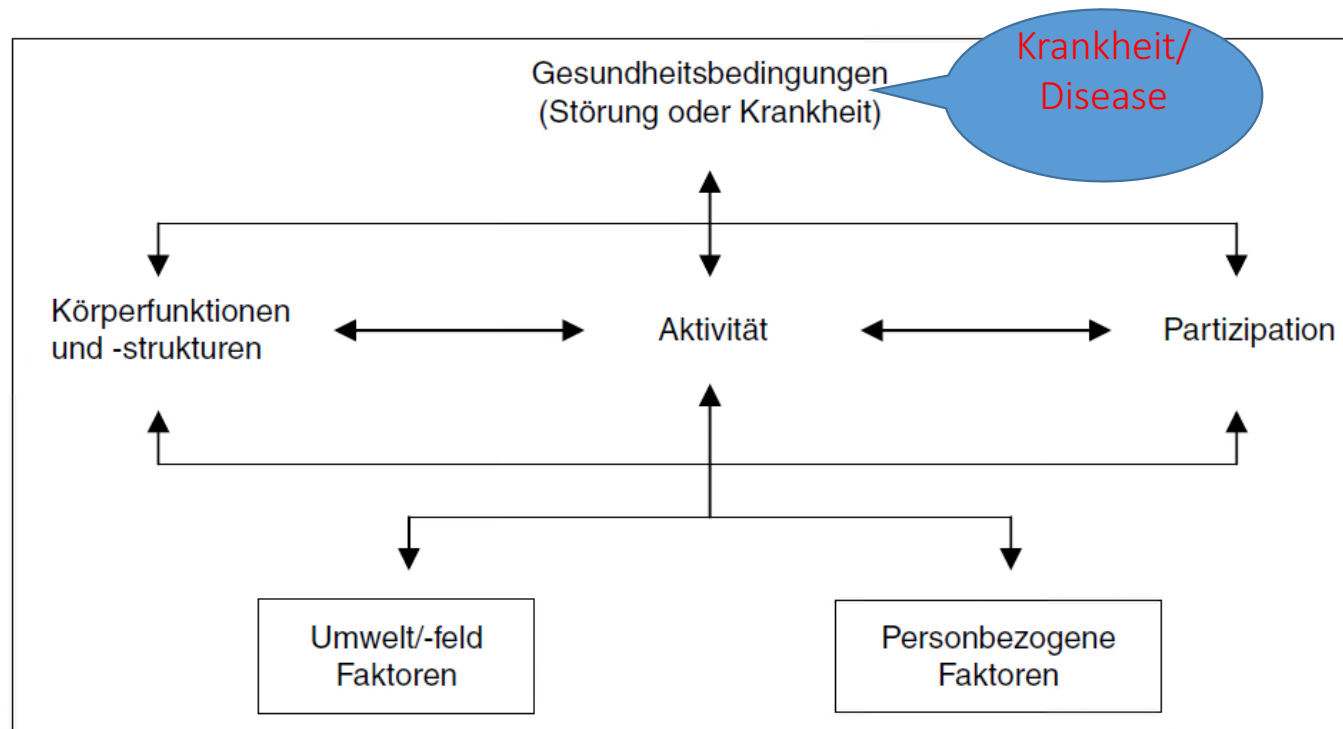
Warum wird die Frage nach Krankheitsfolgen gestellt?

- Erkenntnis, dass chronische Erkrankungen und Behinderungen akute Erkrankungen in ihrer Bedeutung ablösen
- Es dafür kaum/keine Heilung mehr gibt
- Daraus gesellschaftspolitische Aufträge entstehen
- Sich die Menschen mit *Behinderung* zu Wort melden
- **Wesentlich: Abkehr von der reinen Defizitorientierung!!**
- Die Lebenserwartung gravierend ansteigt
- Arbeitsmarkt



Nicht zuletzt: das BPS Modell für ein theoretisches Konzept zum Verständnis von Behinderung und deren Folgen geeignet scheint!

Resultat – Modell funktionaler Gesundheit



Hauptziele der ICF

- Sie stellt eine **disziplinenübergreifende Sprache** für die Erscheinungsformen der funktionalen Gesundheit und ihren Beeinträchtigungen zur Verfügung
 - **Verständigung über die Sprachkonventionen**
- Sie liefert eine **wissenschaftliche** und **praktische Hilfe** für
 - die Beschreibung und das Verständnis,
 - die Feststellung und Begutachtung
- von Zuständen der Funktionsfähigkeit
 - **Ermittlung des Rehabilitationsbedarf**
 - **Rehabilitationsmanagement und Planung**
 - **Evaluation von Rehabilitationsleistungen**





Messen auf Basis der ICF – geht das?

Ergebnismessung, Core Sets, Linking Rules, Assessment Instrumente

Nutzungsansätze der ICF in der Verlaufs- und Ergebnismessung

Entwicklung von ICF Core Sets
Reduktion der ICF Items



Cieza Brockow, T., Ewert, T., Amman, E., Kollerits Chatterji Stucki). Linking health status measurements to the international classification of functioning, disability and health. *Journal of Rehabilitation Medicine*

Inhalte von Assessmentinstrumente werden den ICF Kategorien zugeordnet („linking rules“)

Aufwendige Prozedur Zuordnung Assessments zur ICF Codes



Entwicklung von ICF-basierten Assessmentinstrumenten (orientieren sich an Terminologie, Struktur und Inhalt der ICF)

Cat



Farin, E., Fleitz Follert). Entwicklung eines ICF orientierten Patientenfragebogens zur Erfassung von Mobilität und Selbstversorgung. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*



Wirtz, M., Müller, E., Böcker Forkmann Kröhne, U. (2012). Fähigkeitsverankerte und IRT-basierte Analyse von Veränderung von Belastungen von Patienten mit muskuloskelettalen Erkrankungen im Behandlungsverlauf mittels des computeradaptiven Diagnostiksystems RehaCAT *Schriften, Bd*



Linden, M., & Baron, S. (2005). Das „Mini Rating für psychische Störungen (Mini P)“. Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen. *Die Rehabilitation*

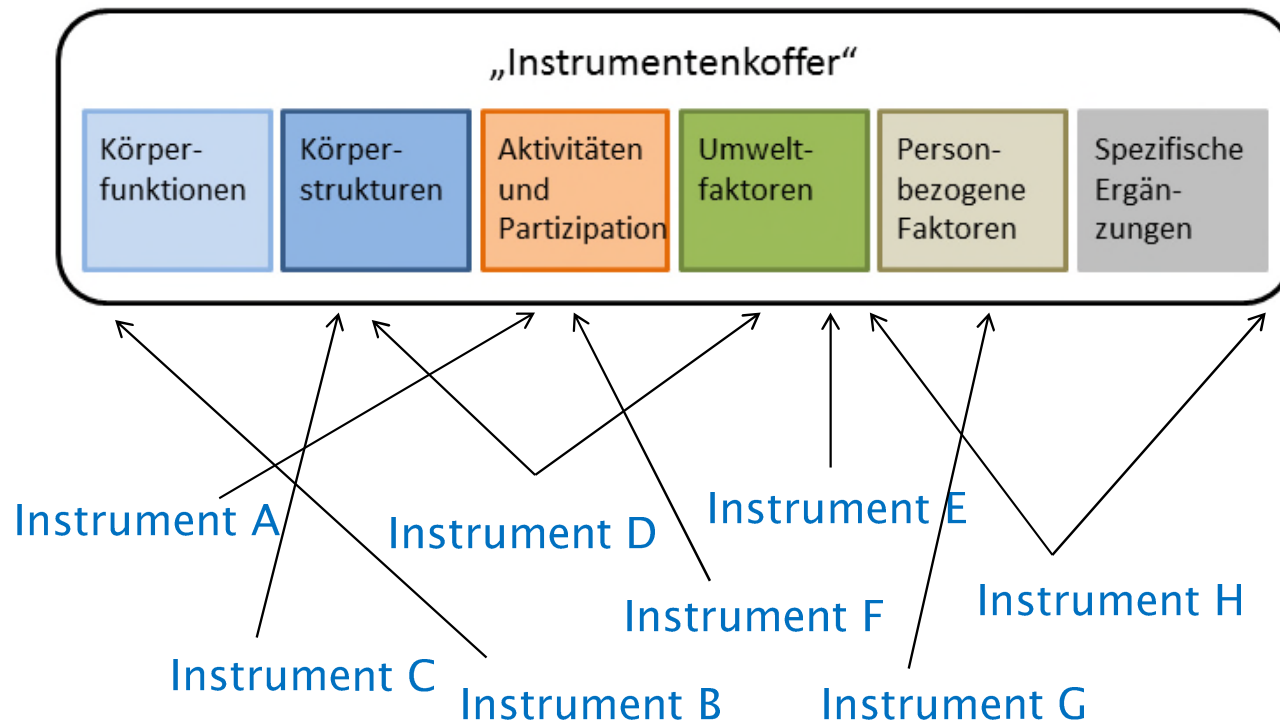
Üstün, T. B. (Ed.). (). *Measuring health and disability: Manual for WHO disability assessment schedule WHODAS* . World Health Organization.

B3 – Das Bedarfsermittlungskonzept: Analyse psychometrischer Instrumente

Hintergrund: Bedarfsermittlungskonzept & Toolbox



Toolbox





Methodik der Instrumentenanalyse am Beispiel psychometrischer Instrumente

- Sichtung und Klassierung der Instrumente nach Abstraktionsebene
- Unabhängige Analyse der Instrumente durch interne und externe AnalystInnen anhand eines Onlinefragebogens
 - Erfassung sekundärer Merkmale, z.B. Zielgruppe(n), Bearbeitungsdauer, Barrierefreiheit, Qualifizierung TestleiterIn, strukturelle Voraussetzungen
 - Erfassung Zielparameter auf Konstruktebene (z.B. Persönlichkeit, Intelligenz)
 - Zuordnung Zielparameter zum bio-psycho-sozialen Modell der WHO
- Abgleich der int. und ext. Analyseergebnisse, ggf. Drittgutachten
- Validierung der Analyseergebnisse im Rahmen von Expertenrunden

Ausblick I

- Die Bedeutung der ICF für die Rehabilitation ist sicherlich als hoch einzuschätzen!
 - Die Nutzung der ICF in Bereichen der Medizinischen & Beruflichen Rehabilitation ist als
 - sehr unsystematisch
 - von uneinheitlicher Terminologie geprägt
 - von z.T. erheblichen Widerständen gekennzeichnet
- einzuschätzen!



Ausblick II



- Entwicklungen in der Gesundheitsökonomie
 - Rehabilitation Treatment Taxonomy Dijkers, Hart et al.
- Sprache
 - Talking Mats Bornman, J., & Murphy, J.; verstärkt auch für kultursensible Themen einsetzen
- Erwartete Entwicklungen:
 - Theoretischer Ebene: Handlungskonzepte, Personbezogene Faktoren, Sozialraumanalysen mit Hilfe der Umweltfaktoren, Assessment
 - Praktisch: Einheitliche Bedarfsfeststellung, Sprache, Rehassteuerung Gesundheitsökonomie
- Neue Unruhe – das BTHG



§ 142

Instrumente der Bedarfsermittlung

(1) Der Träger der Sozialhilfe hat die Leistungen nach § 54 unter Berücksichtigung der Wünsche des Leistungsberechtigten festzustellen. Die Ermittlung des individuellen Bedarfes erfolgt durch ein Instrument, das sich an der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit orientiert. Das Instrument hat die Beschreibung einer nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe in den folgenden Lebensbereichen vorzusehen:

1. Lernen und Wissensanwendung,
2. allgemeine Aufgaben und Anforderungen,
3. Kommunikation,
4. Mobilität,
5. Selbstversorgung,
6. häusliches Leben,
7. interpersonelle Interaktionen und Beziehungen,
8. bedeutende Lebensbereiche und
9. Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben.

(2) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über das Instrument zur Bedarfsermittlung zu bestimmen.

Vorläufiges Fazit



- Aufgaben:
 - Sprache & Terminologie
 - Mehr Übersichtsarbeiten die die Potentiale der ICF aufdecken
 - Verstärkt Schulung in allen Bereichen bzgl. ICF
 - ICF als Struktur für Curriculum RehaDat und ihre Datenbank Vorbild

Herausforderungen § 142 Instrumente der Bedarfsermittlung

-) Der Träger der Sozialhilfe hat die Leistungen nach ____ unter Berücksichtigung der Wünsche des Leistungsberechtigten festzustellen. Die Ermittlung des individuellen Bedarfes erfolgt durch **ein** Instrument, das sich an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit orientiert. **Das** Instrument hat die Beschreibung einer nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe in den folgenden Lebensbereichen vorzusehen:...
- Vor dem Hintergrund das die ICF kein Assessmentverfahren ist,
 - bleibt unklar welches **eine** Instrument **das** sein soll
 - welche (richtigen) Instrumente man hinter das eine unterfüttern soll!

Rechtliche Rahmenbedingungen

Dr. Harry Fuchs

Teilhabeplan(verfahren)

Soweit Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind, **ist der leistende Rehabilitationsträger dafür verantwortlich**, dass er und die nach beteiligten Rehabilitationsträger im Benehmen miteinander und **in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten** die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen hinsichtlich Ziel, Art und Umfang **funktionsbezogen feststellen und schriftlich so zusammenstellen**, dass sie nahtlos ineinandergreifen.

).Wenn **Leistungsberechtigte** die Erstellung eines Teilhabeplans **wünschen** und die Voraussetzungen nach Absatz nicht vorliegen, **ist Satz entsprechend anzuwenden**.

Teilhabeplanverfahren

Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs sind
Elemente des Teilhabeplanverfahrens nach

SGB IX ist als Bestandteil des Teilhabeplanverfahrens zu sehen
und zu bewerten.

Die Intention des Gesetzgebers erschließt sich aus dem
Gesamtzusammenhang.

Intention des Gesetzgebers

„Der Teilhabeplan wird (..) zu einem standardisierten Verwaltungsverfahren und regulärer Bestandteil der Aktenführung. Durch die Aufzählung der zu dokumentierenden Elemente des Teilhabeplans wird sichergestellt, dass alle Rehabilitationsträger ihre Dokumentationsanforderungen an den gleichen Maßstäben ausrichten“.

Drs.

Der Gesetzgeber bindet mit der organisationsrechtlichen Regelung des SGB IX das an sich den Trägern überlassene Verwaltungshandeln bei der Gestaltung der Verwaltungsverfahren an die im Einzelnen in in Abs. SGB IX genannten „gleichen Maßstäbe“.

Verpflichtung zur „funktionsbezogenen Bedarfsfeststellung

Die Vorschrift legt für alle Rehabilitationsträger einheitlich fest, dass die trägerübergreifende **Beurteilung von Teilhabeeinschränkungen** funktionsbezogen und damit **grundsätzlich nach dem „bio psycho sozialen Modell“** zu erfolgen hat.

Hierzu existieren in der Praxis verschiedene Verfahren in unterschiedlicher Ausprägung, die in als „Instrumente“ näher definiert werden.

Drs.

Fazit

Die in SGB IX genannten Instrumente dienen der funktionsbezogenen Beurteilung von Teilhabeeinschränkungen und ermöglichen die trägerübergreifende Bewertung der Teilhabeeinschränkungen nach dem „bio psycho sozialen Modell“

Instrumente zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs

Abs.

Zur einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs **verwenden die Rehabilitationsträger**

systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel

(Instrumente) nach den für sie geltenden Leistungsgesetzen.

„Arbeitsprozesse“ steht synonym für „Verwaltungsverfahren“ (vergl.

Drs. zum Teilhabeplan)

„Arbeitsmittel“ definiert die im **Verwaltungsverfahren** eingesetzten

Organisationsmittel (BT Drs.

Instrumente

Die Instrumente sind so zu gestalten, dass sie bei allen Trägern als „standardisierten **Verwaltungsverfahren**“ mit den nach Abs. SGB IX zu dokumentierenden Inhalten „**regulärer Bestandteil der Aktenführung**“ sind. Sie dienen nämlich der „**einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung** des individuellen Rehabilitationsbedarfs“.

Im Rahmen einer **gerichtlichen Überprüfung** von Entscheidungen wird eine fehlende oder fehlerhafte Erstellung des Teilhabeplans dahingehend zu würdigen sein, ob die getroffenen Feststellungen zum Bedarf und zu den erforderlichen Leistungen überhaupt verwertbar sind (BT Drs.

Instrumente nach den für die Träger geltenden Leistungsgesetzen

Der [Bezug zu den jeweiligen Leistungsgesetzen](#) der Rehabilitationsträger stellt klar, [dass die Instrumente](#) – d.h., das Verwaltungsverfahren und die Organisationsmittel [nicht in allen Rechtskreisen identisch sein müssen und können](#) Drs.

Das ist selbsterklärend so, da die Verwaltungsverfahren nicht nur Spielraum für evtl. trägerspezifische, über die Anforderungen des Teilhabeplanverfahrens nach dem SGB IX hinausgehende Aspekte aufnehmen (BT Drs.), sondern insbesondere auch der unterschiedlichen Organisationsform und Arbeitsablauforganisation der Träger Rechnung tragen können müssen.

Dessen ungeachtet sind die Instrumente so zu gestalten, [dass die vom Gesetzgeber nach Abs. SGB IX und Abs. SGB IX geforderten Feststellungen und Bestandteile der Aktenführung „als standardisiertes Verwaltungsverfahren“ „nach gleichen Maßstäben“ dokumentiert werden.](#)

Um das zu erreichen, sollen die Rehabilitationsträger in gemeinsamen Empfehlungen einen Rahmen für die Instrumente durch Grundsätze vorgeben (Abs. Satz

Mindestanforderungen,
die die Instrumente gewährleisten müssen

Abs.

Die Instrumente nach Absatz Satz gewährleisten eine individuelle und funktionsbezogene Bedarfsermittlung und sichern die Dokumentation und Nachprüfbarkeit der Bedarfsermittlung, indem sie insbesondere erfassen,

- . ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht,
- . welche Auswirkung die Behinderung auf die Teilhabe der Leistungsberechtigten hat,
- . welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen und
- . welche Leistungen im Rahmen einer Prognose zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich sind.

Trägerübergreifend einheitliche Feststellungen

Die nach Abs. Nr. bis zu treffenden Feststellungen sind unabhängig von dem jeweils für sie geltenden Leistungsrecht – von allen Trägern einheitlich und nach gleichen Maßstäben zu treffen.

Die Leistungsgesetze (nicht die Träger) können aufbauend auf den Vorgaben von weitergehende und speziellere Vorgaben regeln, die den Besonderheiten der jeweiligen Leistungssysteme gerecht werden..... (BT Drs.

Zur Bedeutung der ICF

- Die ICF beschreibt als „Gesundheitszustände“ die Beeinträchtigung der Teilhabe behinderter Menschen
- Schon mit dem SGB IX von 1994 hat der Gesetzgeber die Rehabilitationsträger verpflichtet, den Bedarf an Leistungen zur Teilhabe funktionsbezogen, d.h., „orientiert an der ICF“ festzustellen.
- Die ICF kein Assessment Instrument zur Bedarfsfeststellung ist und sein kann, bezog sich die Verpflichtung zur ICF Orientierung in der Dokumentation des funktionsbezogen festgestellten Bedarfs in der Sprache der ICF, d.h. die in der ICF beschriebenen Kategorien von Beeinträchtigungen der Teilhabe.
- Das BTHG hat daran nichts geändert, sondern die Träger zur Operationalisierung dieser Verpflichtung nunmehr an einheitliche Arbeitsmittel und –prozesse gebunden.

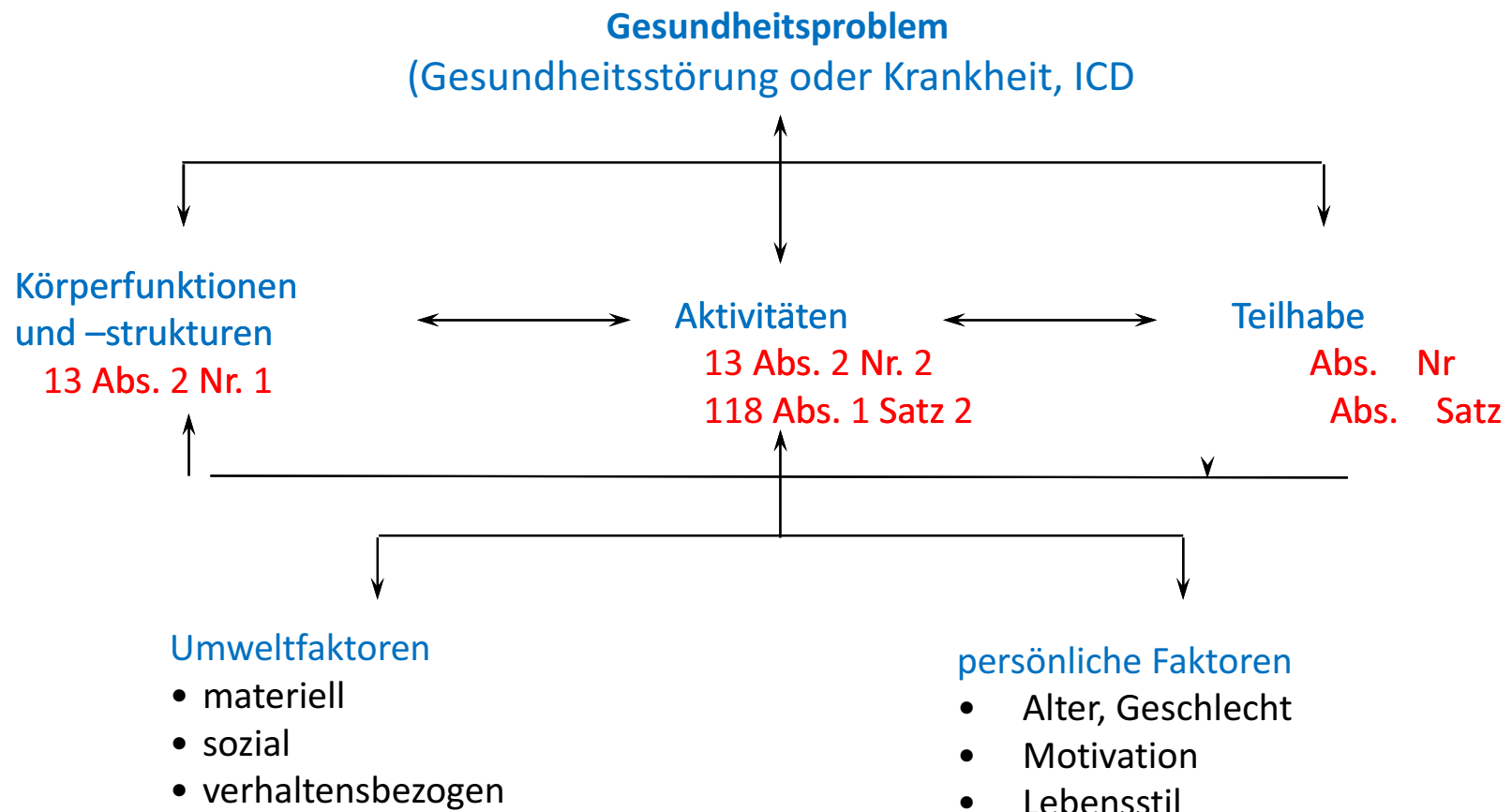
Teilhabeplan

Die Vorschrift legt für alle Rehabilitationsträger einheitlich fest, dass die trägerübergreifende Beurteilung von Teilhabeeinschränkungen funktionsbezogen und damit grundsätzlich nach dem „bio psycho sozialen Modell“ zu erfolgen hat.

(Begründung zu

Drs.

Bio psycho soziales Modell der ICF



13 Abs. 2 Nr. 1

Liegt eine Behinderung vor oder droht sie ?

- Der Diagnoseschlüssel ICD beschreibt Art und Schweregrad einer Krankheit, die eine Behinderung verursacht, sagt jedoch nichts zur Art und zum Umfang der darauf basierenden Beeinträchtigung der Teilhabe aus.

Abs. Nr.

Liegt eine Behinderung vor oder droht sie ?

- Nach dem **der ICF zugrunde liegenden bio psycho sozialen Modell** wird das Vorliegen einer Behinderung über die Schädigung der Körper und Sinnesfunktionen definiert.
- Für die objektive Klärung des Bedarfs an Teilhabeleistungen reicht eine Beschreibung des Krankheitsbildes oder eine Krankheitsdiagnose (ICD Schlüssel) nicht aus, weil sie in der Regel keine Feststellungen zur Beeinträchtigung der Teilhabe beinhalten.
- Die Frage, ob eine Behinderung droht oder vorliegt, lässt sich sprachlich mit der Beschreibung der tatsächlichen Funktionsbeeinträchtigungen iSd Kapitelüberschriftender ICF dokumentieren (vergl. ICF Checkliste).

Abs. Nr.

Welche Auswirkungen hat die Behinderung auf die Teilhabe?

Die Bedarfsfeststellung hat nach Abs. Nr. die gesamten Auswirkungen auf die Teilhabe vollständig zu klären.

Die bisher eingesetzten Instrumente sind in der Regel noch an der Leistungsverpflichtung bzw. Zuständigkeit eines Trägers orientiert, nehmen die tatsächlichen Beeinträchtigung der Teilhabe nicht unabhängig davon vollständig auf und sind häufig auf die Beurteilung der gerade geltend gemachten Leistung fokussiert.

Anmerkung: Ergebnis einer Untersuchung des Verfassers im Auftrag des Ministeriums für Soziales und
Integration B

13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX

Welche Auswirkungen hat die Behinderung auf die Teilhabe?

- Die Teilhabebeeinträchtigung definiert sich über die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und deren Auswirkungen auf die Teilhabe und können in der Sprache der ICF dokumentiert werden.
- Die Anforderungen des Abs. Nr. bis SGB IX sind identisch mit den Domänen der ICF.
- Abs. Satz SGB IX fordert die vollständige Beschreibung der nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe in den Lebensbereichen (Domänen)

13 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX

Welche Auswirkungen hat die Behinderung auf die Teilhabe?

Soweit ersichtlich, entsprechen die derzeit eingesetzten Instrumente nur z.Tl. oder nicht den Anforderungen des Abs.

Auf die Veröffentlichung des Verfassers zum Ergebnis seiner Erhebungen im Auftrag des Sozialministeriums BW wird hingewiesen,

Fuchs, H. , Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs – Auswirkungen des BTHG;

Beitrag D unter www.reha.recht.de

- ebenso auf die „Voruntersuchung als Entscheidungsgrundlage zur Entwicklung eines Instruments zur Ermittlung des Bedarfs im Rahmen der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) im Land Berlin“ von Engel/Beck, März – www.umsetzungsbegleitung.bthg.de

§ 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX

Welche Ziele sollen mit den Leistungen erreicht werden?

Soweit die Bedarfserhebungen heute überhaupt Zielbeschreibungen enthalten, fokussieren sie auf die jeweilige Leistung des Trägers der und müssten künftig trägerübergreifend und auf alle Aktivitäten und Beeinträchtigungen der Teilhabe ausgerichtet werden, auch wenn dafür andere Träger leistungs verpflichtet sind.

Berücksichtigung der Kontextfaktoren der ICF

- Sowohl bei der Feststellung der Auswirkungen der Behinderung auf die Aktivitäten/Teilhabe, wie auch bei der Definition der Leistungsziele sind die Kontextfaktoren der ICF zu berücksichtigen.
- Ob und wie dies geschieht, ist aus den derzeit eingesetzten Instrumenten nicht systematisch und wenn, dann nur in Ansätzen vorgesehen und bedarf der Vertiefung.

13 Abs. 2 Nr. 4 SGB IX

Prognose bzgl. der voraussichtlichen Wirksamkeit der Leistungen

- Die in Abs. Nr. SGB IX geforderte Prognose, welche Leistungen zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich sind, verfolgt verschiedene Ziele:
- Zunächst dürfen Leistungen zur Teilhabe nach Abs. Satz SGB IX nur zur Erreichung der im SGB IX genannten Teilhabeziele erbracht werden.
- Danach dürfen die Rehabilitationsträger nur Leistungen mit einer Erfolgsaussicht bezogen auf die Erreichung von Teilhabezielen ausführen.
- D.h. aber auch, dass die Leistungserbringer geeignet sein müssen (Abs. Nr.), die Teilhabeziele mit ihren Leistungen erreichen zu können, d.h. über eine dazu geeignete Struktur und Prozessqualität verfügen.
- Letztlich knüpft an diese Prognose der Wirksamkeitsaspekt der in Abs. SGB IX verankerten Wirtschaftlichkeits und Qualitätsprüfung an.
- Aussagen zu der in Abs. Nr. SGB IX geforderten Erfolgsprognose sind bisher in keinem der in BW eingesetzten Bedarfsfeststellungsinstrumente enthalten.

Fragen bzw. Qualitätsanforderungen an die konkrete Ausgestaltung der systematischen Arbeitsprozesse

Wer trifft die Feststellungen nach Abs.

Verfügt der Feststellende über die erforderliche Qualifikation ?

(Bei Sachverständigengutachten „ist ggfls. eine entsprechende Qualifikation und Weiterbildung durch die Sachverständigen“ bzgl. des bio psycho sozialen Modells und der ICF nachzuweisen BT Drs.

Schmidt Ohlemann DVfR) hält im Rahmen der Arbeitsprozesse

„**leitfadengestützte Bedarfsermittlungsgespräche**“ mit dem Berechtigten für unverzichtbar.

Die Anforderungen von Engel/Beck an die Bedarfsermittlung gehen von einem **personenzentrierten, partizipativen Vorgehen unter Beteiligung des Berechtigten** aus

7.2 Gesprächsleitfaden der explorativen Interviews (Phase 0)

Implementationsstudie zur Einführung von Instrumenten zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs nach § 13 SGB IX (Bundesteilhabegesetz)

Leitfaden explorative Interviews

Mit dem Inkrafttreten der BTHG-Regelungen im SGB IX Teil 1 zum 1. Januar 2018 beginnt auch der gesetzliche Auftrag an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) zur Untersuchung der Bedarfsermittlungsinstrumente nach § 13 SGB IX. Zur Erfüllung dieses gesetzlichen Auftrags wurde die Kienbaum Consultants International GmbH in Zusammenarbeit mit Herrn Prof. Dr. Matthias Morfeld und Herrn Dr. Harry Fuchs mit der Durchführung einer entsprechenden Studie beauftragt; bis Ende 2019 wird ein Bericht zur Umsetzung der Instrumente nach § 13 SGB IX erarbeitet.

Das methodische Vorgehen der Studie umfasst eine möglichst repräsentative bundesweite Befragung der Rehabilitationsträger, ausgewählte vertiefende Fallstudien sowie Workshops mit den an der Befragung beteiligten Rehabilitationsträgern. Die Vorstellung von Zwischenergebnissen sowie die Gesamt-Aufbereitung und Berichtslegung wird durch Fachtage begleitet, zu denen auch die Fachöffentlichkeit eingeladen wird.

Vor dem Beginn der geplanten Datenerhebung bei den Rehabilitationsträgern (Sozialversicherung, Eingliederungshilfe, Jugendhilfe, Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge) werden im Rahmen einer Vorfeldanalyse insgesamt 30 Expertinnen und Experten u.a. bei Interessenvertretungen, Spitzenverbänden und Landesministerien von Kienbaum kontaktiert, um erste Einschätzungen zum Stand und zur Bedeutung der Bedarfsermittlungsinstrumente im Rehabilitationsgeschehen einzuholen. Diese vorgelagerte Interviewphase wird im Zeitraum von Januar bis April 2018 durchgeführt.

Vielen Dank, dass Sie sich in diesem Rahmen Zeit für ein Gespräch nehmen. Die folgenden Fragen dienen der groben Strukturierung des Gesprächs.

Bitte beachten Sie:

- » Der Gesprächsleitfaden dient nur zu Ihrer Information und muss nicht ausgefüllt werden.
- » Der Gesprächsleitfaden stellt nur eine beispielhafte Darstellung des Interviewablaufs dar. Wir werden nicht in allen Interviews alle Fragen bearbeiten, sondern nur über jene Bereiche sprechen, mit denen Sie durch Ihre Arbeit vertraut sind. Der Fokus des Interviews liegt auf Ihren persönlichen Erfahrungen. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, Fragen zu benachbarten Themen zu erörtern.
- » Die Ergebnisse aus dem Interview werden vertraulich behandelt und nur zu internen Auswertungen verwendet.

Einführung

- » Persönliche Vorstellung der Interviewer/in und Einführung in die Ziele der Studie sowie die Ziele des Gesprächs
- » Kurzvorstellung der Gesprächsteilnehmer/in(nen), inkl. Berührungspunkten mit dem Untersuchungsgegenstand (Einführung von Instrumenten zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs nach § 13 SGB IX BTHG), Aufgaben und Verantwortlichkeiten

Grundsätzliche Einschätzungen zu §13 SGB IX

- » Wie bewerten Sie den aktuellen Umsetzungsstand hinsichtlich der Anforderungen aus § 13 SGB IX zur Implementation systematischer Arbeitsprozesse und standardisierter Arbeitsmittel?
 - Wie schätzen Sie den aktuellen Umsetzungsstand spezifisch für Ihre Institution ein? Wie ist Ihre Einschätzung mit Blick auf Ihren spezifischen Zuständigkeitsbereich?

Status Quo

- » Welche Stellen befassen sich in Ihrer Institution mit der Rehabilitationsbedarfsermittlung und der Umsetzung der Anforderungen von § 13 SGB IX?
- » Welche Instrumente finden in Ihrer Institution aktuell Anwendung?
 - Welche Ziele werden mit diesen Instrumenten verfolgt?
 - Welche Feststellungen werden von den Instrumenten erwartet?
- » Vor dem Hintergrund des Wissens, dass insgesamt eine Vielzahl von Instrumenten in der Bedarfsermittlung eingesetzt wird: ist aus Ihrer Sicht eher eine individualisierte Bedarfsermittlung angemessen oder wäre eine stärkere Standardisierung wünschenswert?
- » Über welche Eignung verfügen die zur Bedarfsfeststellung ggf. beauftragten Sachverständigen im Sinne einer ICF-orientierten Feststellung?
 - Wer ermittelt den Rehabilitationsbedarf, wenn kein medizinischer Sachverständiger beauftragt wird; über welche Qualifikation verfügen die Betreffenden, die den Bedarf ermitteln sollen?

Änderungsbedarfe

- » Welche Auswirkungen auf Ihre Arbeitsprozesse und Arbeitsmittel nehmen Sie vor dem Hintergrund des geänderten Rechts wahr?
 - Welchen Veränderungsbedarf sehen Sie für Ihre Arbeitsorganisation, insbesondere Ihre Arbeitsmittel zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs?
 - Nehmen Sie vor dem Hintergrund der neuen Anforderungen nach § 13 SGB IX eine Evaluation der bisher verwendeten Instrumente vor?
- » Gab es seit der Einführung der neuen Anforderungen nach § 13 SGB IX in Ihrer Institution bereits Änderungen in den Arbeitsprozessen und / oder Arbeitsmitteln im Hinblick auf die Bedarfsermittlung?
 - Wie war die Situation vor Einführung des Gesetzes, wie ist sie jetzt?
 - Welche Anpassungen sind der Einführung des Gesetzes geschuldet?
 - Welche Implikationen resultieren für die Leistungsfreigabe/-anerkennung?
- » Welche Änderungen / Anpassungen an den bisher eingesetzten Instrumenten planen Sie ggf. für die Zukunft?
 - In welchem Zeitrahmen?
- » Wie und auf welche Weise werden die Feststellungen nach §13 Abs. 2 SGB IX in Ihrer Institution aufgegriffen und umgesetzt?
 - Welche Herausforderungen sehen Sie ggf. in Bezug auf die Umsetzung? Und welche Potenziale? Was sind Aspekte / Faktoren, die eine Umsetzung beeinflussen?
- » Sofern Änderungen durchgeführt oder geplant: Nehmen Sie die Entwicklung der Instrumente selbst vor, lassen Sie diese durch Verbände bzw. Vereinigungen wahrnehmen lassen oder haben Sie ggf. Dritte mit der Entwicklung beauftragt?
- » Gab bzw. gibt es in Ihrer Institution strukturelle Veränderung aufgrund der Einführung des Gesetzes (z.B. zur Entwicklung und Implementierung der Prozesse und Instrumente)?
- » Entsteht in Ihrer Organisation Mehraufwand (personell / strukturell) zur Umsetzung der neuen Anforderungen?

Austausch / Kommunikation

- » Ist die Anforderung nach trägerübergreifende Zusammenarbeit zu Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs nach möglichst einheitlichen Maßstäben aus Ihrer Sicht zielführend?
 - Welche Herausforderungen sehen Sie ggf.in Bezug auf die Umsetzung? Und welche Potenziale? Was sind Aspekte / Faktoren, die eine Umsetzung beeinflussen?
- » Welche trägerübergreifende Zusammenarbeit findet aktuell statt?
 - Mit welchen anderen Trägern arbeiten Sie zusammen und wie eng ist diese Zusammenarbeit?
- » Welche Veränderungen erwarten Sie für die Zukunft?

Erwartungen an die Studie

- » Wann wäre die Implementationsstudie aus Ihrer Sicht ein Erfolg?
- » Welche Befunde zu konkreten Aspekten würden für Ihre Arbeit hilfreich sein?

Abschlussfragen und weiteres Vorgehen

- » Gibt es Aspekte, die wir nicht angesprochen haben, die Sie gerne noch ergänzen möchten?
- » Möchten Sie uns auf bestimmte Dokumente, Studien und Veranstaltungen etc. hinweisen, welche besonders relevant sind und einbezogen werden sollten?
- » Information der Gesprächsteilnehmenden über das weitere Vorgehen
 - Fachtag am 3. Mai 2018
 - Repräsentative bundesweite Befragung der Rehabilitationsträger
 - Ausgewählte vertiefende Fallstudien
 - Workshops mit den an der Befragung beteiligten Rehabilitationsträgern

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

Stand: 08.02.2018

7.3 Fragebogen der Online-Befragung (Phase 1)

Fragebogen Trägerbefragung

Implementationsstudie zur Einführung von
Instrumenten zur Ermittlung des
Rehabilitationsbedarfs nach § 13 SGB IX
(Bundesteilhabegesetz)

Im Auftrag des



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

Dieser Fragebogen kann von Ihnen zur internen Abstimmung vor dem Ausfüllen der Online-Befragung genutzt werden. Bitte beantworten Sie den Fragebogen aber in jedem Fall online mithilfe der Online-Befragung!

Die Online-Befragung können Sie unter folgendem Link aufrufen:

<https://survey.kienbaum.com/studio/270620180738/Rehabilitationsbedarf>

Hinweis zum Lesen des Fragebogens: Die Bedingungen (Wenn.../zu....) werden im Online-Fragebogen durch elektronische Sprünge gelöst und sind somit den Teilnehmer/innen nicht ersichtlich und dienen nur der Programmierung des Online-Fragebogens.

Herzlich willkommen zur Online-Befragung der Rehabilitationsträger zur Einführung von Instrumenten zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs nach § 13 SGB IX.

Vielen Dank, dass Sie sich entschieden haben, an der Befragung teilzunehmen!

Mit dem Inkrafttreten der BTHG-Regelungen im SGB IX Teil 1 zum 1. Januar 2018 beginnt auch der gesetzliche Auftrag an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) zur Untersuchung der Bedarfsermittlungsinstrumente nach § 13 SGB IX. Zur Erfüllung dieser gesetzlichen Aufgabe wurde die Kienbaum Consultants International GmbH (Auftragnehmer) mit der Durchführung einer entsprechenden Studie beauftragt und wird bis Ende 2019 einen Bericht zur Umsetzung der Instrumente nach § 13 SGB IX erarbeiten.

Aus den neuen Vorschriften erwächst auch die Notwendigkeit, trägerübergreifend zu einheitlichen und nachprüf-
baren Maßstäben für die Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs zu gelangen. Vor diesem Hintergrund werden die
Rehabilitationsträger verpflichtet, systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel (Instrumente)
zu verwenden, aufgrund derer die Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs bei dem jeweiligen Rehabilitationsträger
einheitlich und nachprüfbar durchgeführt werden kann. Die beauftragte Implementationsstudie beleuchtet, wie §
13 SGB IX in der Praxis umgesetzt wird.

Um ein möglichst umfassendes Bild von der bestehenden Situation bei den Rehabilitationsträgern zu erhalten, führt
Kienbaum eine bundesweite Trägerbefragung durch. Der Fragebogen wurde dabei im Vorfeld mit Vertreterinnen
und Vertretern aller Trägerbereiche und den Verbänden für Menschen mit Behinderungen abgestimmt. Die anony-
misierten und aggregierten Ergebnisse dieser Befragung werden im Oktober im Rahmen eines Fachtages im Bundes-
ministerium für Arbeit und Soziales in Berlin vorgestellt.

Im Anschluss an die Befragung sollen bei den Rehabilitationsträgern noch Fallstudien durchgeführt und auf diesen
aufbauende Workshops abgehalten werden. Die Gesamtergebnisse der Studie werden dem Bundesministerium für
Arbeit und Soziales zum Ende des Jahres 2019 vorgelegt und anschließend veröffentlicht.

Einen Überblick über den bisherigen Verlauf der Implementationsstudie, die ersten Ergebnisse und das weitere Vor-
gehen können Sie der hier hinterlegten Dokumentation des ersten Fachtages entnehmen:

Bei **inhaltlichen oder technischen Fragen zu der Erhebung** steht Ihnen das Team von Kienbaum gerne zur Verfügung.
Sie erreichen uns unter der E-Mail-Adresse: bthg@kienbaum.de

Für Ihre Unterstützung danken wir Ihnen im Voraus!

1. Fragenblock: Hintergrundinformationen

Zunächst möchten wir Ihnen einige Fragen zu Ihrer Institution und Ihrer Position stellen; diese dienen der Zuordnung der Befragungsergebnisse zu den verschiedenen Trägergruppen und sind wichtig für vergleichende Auswertungen.

1.1. Bei welcher Art von Leistungsträger sind Sie aktuell tätig? Bitte wählen Sie die passendste Antwort.

<Einfachnennung>

- Gesetzliche Krankenversicherung
- Gesetzliche Rentenversicherung
- Gesetzliche Unfallversicherung
- Bundesagentur für Arbeit
- Träger der Kriegsopferversorgung oder der Kriegsopferfürsorge
- Träger der Kinder- und Jugendhilfe
- Träger der Eingliederungshilfe

1.2. Zu welcher der folgenden organisatorisch-funktionalen Ebenen würden Sie sich zuordnen? Bitte wählen Sie die passendste Antwort.

<Einfachnennung>

- Steuerungsebene (Fachbereichsleitung mit steuernder Funktion)
- Fachbezogene Leitungsebene (bspw. Teamleitung)
- Operative Ebene (Mitarbeiter ohne übergreifende Fach- und Personalverantwortung (bspw. Reha-Manager, Reha-Berater, Pfadmanager, Sachbearbeiter u.ä.))
- Medizinischer Dienst (innerhalb der Trägerstruktur, aber auch MDK u.Ä., sowie psychologische Dienste)
- Sonstige / andere, und zwar: _____

2. Fragenblock: Arbeitsprozesse und Arbeitsmittel

Im nächsten Fragenblock möchten wir Sie bitten, grundsätzliche Fragen in Bezug auf die Abläufe zur Bedarfsermittlung bei Leistungen zur Teilhabe bei Ihrem Träger / in Ihrer Organisation und die dazu von ihnen eingesetzten Arbeitsmittel zu beantworten.

Eine kurze Erläuterung, was wir im Folgendem mit den Begriffen „Prozesse“ und „Arbeitsmittel“ meinen:

Systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel stellen gemäß §13 SGB IX die Grundlage für die Bedarfsermittlung dar.

2.1 Ein systematischer Arbeitsprozess zeichnet sich durch das Vorhandensein verschiedener Regeln aus, die u.a. einzelne Arbeitsschritte und Tätigkeiten zeitlich und personell strukturieren. Jeder Prozess im Sinne dieses Verständnisses wird mit einem bestimmten Ziel ausgelöst und muss gewisse organisationsinterne Qualitätsansprüche erfüllen. Der Gesetzgeber definiert einen systematischen Arbeitsprozess als ein standardisiertes Verwaltungsverfahren.

2.2 Standardisierte Arbeitsmittel dienen in diesem Zusammenhang als notwendige Hilfsmittel zur Durchführung von Arbeitsprozessen.

1. Systematischer Arbeitsprozess

2.1. Gibt es bei Ihrem Träger / in Ihrer Organisation einen festgelegten Prozess zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfes? Bitte wählen Sie die passendste Antwort.

<Einfachnennung>

Ja

Nein

Wenn ja weiter mit 2.1.1., sonst weiter zu 2.2.

2.1.1. Gibt es eine schriftliche Beschreibung dieses Prozesses zur Bedarfsermittlung? Bitte wählen Sie die passendste Antwort.

<Einfachnennung>

Ja

Nein

2.1.2. Wer / was kann den Prozess auslösen? Bitte wählen Sie die passendsten Antworten.

<Mehrfachnennung>

Die leistungsberechtigte Person selbst und auf eigene Initiative (oder Assistenz/gesetzliche Vertretung)

Die leistungsberechtigte Person selbst, nach Aufforderung durch den Träger (oder Assistenz/gesetzlichen Vertretung)

Der behandelnde Arzt (bspw. auch im Krankenhaus) der leistungsberechtigten Person

Auslösung von Amts wegen

Sonstige (bspw. auch MDK), und zwar: _____

Kann ich nicht so genau sagen

2.1.3. Ist der Prozess zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs in einzelne Verfahrensschritte gegliedert? Bitte wählen Sie die passendste Antwort.

<Einfachnennung>

Ja

Nein

Wenn ja weiter mit 2.1.3.1., sonst weiter zu 2.1.4..

2.1.3.1. Sind diesen Verfahrensschritten konkrete Tätigkeiten bzw. Aufgaben zugeordnet? Bitte wählen Sie die passendste Antwort.

<Einfachnennung>

Ja

Nein

2.1.3.2. Gibt es eindeutige und beschriebene Zuständigkeiten zu einzelnen Verfahrensschritten und / oder Tätigkeiten? Bitte wählen Sie die passendste Antwort.

<Einfachnennung>

Ja

Nein

2.1.4. Gibt es einen festgelegten Ablauf für die Reihenfolge der einzelnen Prozessschritte? Bitte wählen Sie die passendste Antwort.

<Einfachnennung>

Ja

Nein

2.1.5. Schließt der Prozess typischerweise mit einem eindeutigen Ermittlungsergebnis ab? Bitte wählen Sie die passendste Antwort.

<Einfachnennung>

Ja

Nein

2. Standardisierte Arbeitsmittel

2.2. Gibt es bei Ihrem Träger / in Ihrer Organisation eine Übersicht der im Prozess der Bedarfsermittlung angewandten Arbeitsmittel (z.B. Formulare, Erhebungsinstrumente, IT-Anwendungen etc.)? Bitte wählen Sie die passendste Antwort.

<Einfachnennung>

Ja

Nein

2.3. Gibt es eine schriftliche Beschreibung der in Ihrem Zuständigkeitsbereich im Prozess angewandten Arbeitsmittel? Bitte wählen Sie die passendste Antwort.

<Einfachnennung>

Ja

Nein

2.4. Gibt es für jedes Arbeitsmittel in Ihrem Zuständigkeitsbereich Durchführungsempfehlungen bzw. -vorschläge? Bitte wählen Sie die passendste Antwort.

<Einfachnennung>

Ja

Nein

2.5. Kommen bei der Bedarfsermittlung in den einzelnen Verfahrensschritten festgeschriebene Arbeitsmittel zur Anwendung? Bitte wählen Sie die passendste Antwort.

<Einfachnennung>

Online-Befragung: Implementationsstudie zur Einführung von Instrumenten zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs nach §13 SGB IX (BTHG)
Entwurfsversion des Fragebogens

Ja

Nein

3. Fragenblock: Einheitliche Maßstäbe

Im folgenden Fragenblock möchten wir mehr über die konkreten Abläufe bei Ihrem Träger / in Ihrer Organisation zur Bedarfsermittlung bei Leistungen zur Teilhabe erfahren. Die Gliederungsstruktur unserer Fragen orientiert sich dabei an den vier maßgeblichen Schritten der individuellen und funktionsbezogenen Ermittlung des Rehabilitationsbedarfes gemäß

§ 13 SGB IX:

1. Feststellung, ob eine Behinderung vorliegt oder eintreten droht
2. Beurteilung, welche Auswirkung die Behinderung auf die Teilhabe der Leistungsberechtigten hat
3. Einigung, welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen
4. Entscheidung, welche Leistungen im Rahmen einer Prognose zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich sind

1. Feststellung, ob eine Behinderung vorliegt oder eintreten droht

3.1. Wer ist bei Ihrem Träger / in Ihrer Organisation an der Feststellung beteiligt, ob eine Behinderung vorliegt oder eintreten droht? Bitte wählen Sie die passendsten Antworten.

<Mehrfachnennung>

Arzt innerhalb des Trägers / der Organisation (interner Mediziner, sozialmedizinischer Dienst der RV o.ä.)

Arzt der leistungsberechtigten Person (bspw. auch im Krankenhaus)

Ein anderer externer Arzt (bspw. externer Gutachter, MDK, o.ä.)

Psychologe innerhalb des Trägers / der Organisation

Psychologe der leistungsberechtigten Person

Ein anderer externer Psychologe

Sozialarbeiter / Sozialpädagoge

Sachbearbeiter (bspw. auch Reha-Berater, Reha-Manager, Pfadmanager u.ä.)

Sonstige, und zwar: _____

3.2. Auf welcher Basis wird beurteilt, ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht? Bitte nennen Sie alle Aspekte, die berücksichtigt werden.

<Mehrfachnennung>

Diagnose (ICD), die mit einer nicht kurzfristig absehbaren Wiederherstellung/Genesung verbunden ist

Konkrete Feststellung der Schädigung der Körperfunktionen und –strukturen (ICF)

Konkrete Feststellung der Beeinträchtigung der Aktivitäten (ICF)

Konkrete Feststellung bestehender oder drohender Beeinträchtigung der Teilhabe (ICF)

Konkrete Feststellung der Kontextfaktoren (ICF)

Sonstige, und zwar: _____

Kann ich nicht so genau sagen

3.3. Wie werden die notwendigen Informationen und Daten für die Bedarfsermittlung bei Ihrem Träger / in Ihrer Organisation erhoben? Bitte nennen Sie alle Aspekte, die berücksichtigt werden.

<Mehrfachnennung>

Aktenlage

Medizinische, psychologische o.ä. Unterlagen (bspw. Gutachten, Befundberichte, Krankenhausberichte)

Medizinische, psychologische o.ä. Untersuchungen

Partizipative (Beratungs-)Gespräche zwischen dem Feststellenden und der leistungsberechtigten Person

Sonstige, und zwar: _____

Kann ich nicht so genau sagen

2. Beurteilung, welche Auswirkung die Behinderung auf die Teilhabe der Leistungsberechtigten hat

3.4. Teilhabebeeinträchtigungen einer leistungsberechtigten Person können in verschiedenen Bereichen vorliegen. Für welche der folgenden Lebensbereiche erheben Sie bei Ihrem Träger / in Ihrer Organisation Teilhabebeeinträchtigungen? Bitte wählen Sie die passendsten Antworten.

<Mehrfachnennung>

Lernen und Wissensanwendung

Allgemeine Aufgaben und Anforderungen

Kommunikation

Mobilität

Selbstversorgung

Häusliches Leben

Interpersonelle Interaktion und Beziehungen

Bedeutende Lebensbereiche

Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerschaftliches Leben

Sonstige, und zwar: _____

Kann ich nicht so genau sagen

3.5. Wird dabei bei Ihrem Träger / in Ihrer Organisation ermittelt, welche konkreten Probleme der Teilhabe in verschiedenen Leistungsgruppen (§ 5 SGB IX) bestehen? Bitte wählen Sie die passendste Antwort.

<Einfachnennung>

Ja

Nein

3.6. Wer beurteilt die individuellen Teilhabeeinschränkungen der leistungsberechtigten Person?

<Mehrfachnennung>

Arzt innerhalb des Trägers / der Organisation (interner Mediziner, sozialmedizinischer Dienst der RV o.ä.)

Arzt der leistungsberechtigten Person (bspw. auch im Krankenhaus)

Ein anderer externer Arzt (bspw. externer Gutachter, MDK, o.ä.)

Psychologe innerhalb des Trägers / der Organisation

Psychologe der leistungsberechtigten Person

Ein anderer externer Psychologe

Sozialarbeiter / Sozialpädagoge

Sachbearbeiter (bspw. auch Reha-Berater, Reha-Manager, Pfadmanager u.ä.)

Sonstige, und zwar: _____

Kann ich nicht so genau sagen

3.7. Worauf basiert die Ermittlung der individuellen Teilhabebeeinträchtigungen bei Ihrem Träger / in Ihrer Organisation? Die Ermittlung erfolgt...

	<i>Immer</i>	<i>Häufig</i>	<i>Gelegentlich</i>	<i>Selten</i>	<i>Nie</i>	<i>Kann ich nicht so genau sagen</i>
<i>.. auf Basis der Diagnose (ICD)</i>						
<i>... auf Basis der ICF (mind. Domänenüberschriften)</i>						
<i>... unter Berücksichtigung der Umweltfaktoren (Kontextfaktoren)</i>						
<i>... unter Berücksichtigung der personbezogenen Faktoren (Kontextfaktoren)</i>						
<i>... in Einbeziehung mit der leistungsberechtigten Person</i>						

3.7.1. Worauf basiert die Ermittlung der individuellen Teilhabebeeinträchtigungen bei Ihrem Träger / in Ihrer Organisation außerdem?

<Freitext>

Filter: nur für Respondenten auf Steuerungsebene

3.8. Rehabilitationsträger erbringen Leistungen zur Rehabilitation in der Regel nicht selbst. Mit der Leistungserbringung soll nach Gesetz diejenige/n Einrichtung/en beauftragt werden, die die Leistungen in der bestmöglichen Form ausführen kann/können.

Wer ordnet bei Ihrem Träger / in Ihrer Organisation nach Erhebung der konkreten Teilhabebeeinträchtigungen der leistungsberechtigten Person die bestmögliche Leistung zu bzw. schlägt dies vor? Bitte wählen Sie die passendsten Antworten.

<Mehrfachnennung>

Arzt innerhalb des Trägers / der Organisation (interner Mediziner, sozialmedizinischer Dienst der RV o.ä.)

Arzt der leistungsberechtigten Person (bspw. auch im Krankenhaus)

- Ein anderer externer Arzt (bspw. externer Gutachter, MDK, o.ä.)
- Psychologe innerhalb des Trägers / der Organisation
- Psychologe der leistungsberechtigten Person
- Ein anderer externer Psychologe
- Sozialarbeiter / Sozialpädagoge
- Sachbearbeiter (bspw. auch Reha-Berater, Reha-Manager, Pfadmanager u.ä.)
- Sonstige, und zwar: _____
- Kann ich nicht so genau sagen

3. Einigung, welche Ziele mit Leistungen zur Teilhabe erreicht werden sollen

Hinreichend konkrete Teilhabeziele ermöglichen eine Identifizierung passgenauer Leistungen und bilden die Grundvoraussetzung für die Erreichung von Zielen und des Auswahlermessens der richtigen Leistungserbringer. Der Gesetzgeber versteht unter Leistungen zur Teilhabe Sozialleistungen, die darauf abzielen, eine Behinderung abzuwenden, zu verringern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folge zu mindern (dies gilt insbesondere auch in Bezug auf die Erwerbsfähigkeit, die generelle Teilhabe am Arbeitsleben und in Bezug auf die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit). Eine selbstbestimmte Lebensführung, Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und die persönliche Entwicklung sollen mit diesen Leistungen ebenfalls gefördert werden.

3.9. Basieren die im Rahmen der Bedarfsermittlung definierten Ziele auf diesen o.g. Grundsätzen? Bitte wählen Sie die passendste Antwort.

<Einfachnennung>

- Immer
- Häufig
- Gelegentlich
- Selten
- Nie
- Kann ich nicht so genau sagen

3.10. Werden in diesem Zusammenhang auch individuelle Ziele der leistungsberechtigten Person benannt? Bitte wählen Sie die passendste Antwort.

<Einfachnennung>

- Ja
- Nein

3.11. Wird im Rahmen der Zielbestimmung darauf geachtet, dass die Ziele tatsächlich erreichbar sein können? Bitte wählen Sie die passendste Antwort.

<Einfachnennung>

Ja

Nein

3.12. Werden die Ziele auch mit Blick auf die erforderlichen Leistungen anderer Leistungsträger bzw. anderer Leistungsgruppen benannt? Bitte wählen Sie die passendste Antwort.

<Einfachnennung>

Ja

Nein

3.13. Werden die Ziele mit unmittelbarem Bezug zu den festgestellten Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe konkretisiert? Bitte wählen Sie die passendste Antwort.

<Einfachnennung>

Ja

Nein

4. Entscheidung, welche Leistungen im Rahmen einer Prognose zur Erreichung der Ziele voraussichtlich erfolgreich sind

Filter: nur für Respondenten auf Steuerungsebene

3.14. Worauf basiert die Prognose, dass die ausgewählte Leistung der Zielerreichung dient? Bitte wählen Sie die passendste Antwort.

<Mehrfachnennung>

Erfahrungswissen

Ergebnisse systematischer Qualitätsanalysen (§ 37 Abs. 1 SGB IX)

Andere Maßstäbe, und zwar: _____

Kann ich nicht so genau sagen

Filter: nur für Respondenten auf Steuerungsebene

3.15. Sind bei Ihrem Träger / in Ihrer Organisation die Versorgungsverträge / Rahmenvereinbarungen mit Leistungserbringern auf die Erreichung konkreter Teilhabeziele ausgerichtet? Bitte wählen Sie die passendste Antwort.

<Einfachnennung>

Immer

- Häufig
- Gelegentlich
- Selten
- Nie
- Kann ich nicht so genau sagen

3.16. Wird die Erreichung der individuellen Ziele der leistungsberechtigten Person überprüft (d.h. der Reha-Erfolg)?
Bitte wählen Sie die passendste Antwort.

<Einfachnennung>

- Immer
- Häufig
- Gelegentlich
- Selten
- Nie
- Kann ich nicht so genau sagen

Wenn immer bis selten:

3.16.1. Auf welche Weise erfolgt dies bei Ihrem Träger / in Ihrer Organisation?

<Freitext>

3.16.2. Werden die gesetzten Ziele bei Nichterreichung bzw. Nichtverfolgung angepasst?

<Einfachnennung>

- Ja
- Nein

Wenn nie:

3.16.3. Warum erfolgt dies nicht bei Ihrem Träger / in Ihrer Organisation?

<Freitext>

5. Einbeziehung der leistungsberechtigten Person

3.17. Ist im Rahmen der Bedarfsermittlung bei Ihrem Träger / in Ihrer Organisation eine Einbeziehung der leistungsberechtigten Person regelhaft vorgesehen? Bitte wählen Sie die passendste Antwort.

<Einfachnennung>

Ja

Nein

Wenn ja weiter mit 3.17.1., sonst weiter zu Fragenblock 4

3.17.1. Wie gestaltet sich der Prozess der Einbeziehung der leistungsberechtigten Person und woran wirkt die leistungsberechtigte Person mit?

Mitwirkungsbereiche	Persönlich	Telefonisch	Schriftlich	keine Mitwirkung	Kann ich nicht so genau sagen
Leistungsberechtigte Person wirkt mit an der Ermittlung der individuellen Teilhabebeeinträchtigung					
Leistungsberechtigte Person wirkt mit an der Benennung der Ziele, die erreicht werden sollen					
Leistungsberechtigte Person wirkt an der Auswahl der Leistungen mit					

3.17.2. Wird das Wunsch- und Wahlrecht (§ 8 SGB IX) der leistungsberechtigten Person, soweit die Wünsche berechtigt und angemessen sind, bei der Leistungsentscheidung berücksichtigt? Bitte wählen Sie die passendste Antwort.

<Einfachnennung>

Ja, immer

Ja, meistens

Nein, meistens nicht

Kann ich nicht so genau sagen

Wenn nein:

3.17.2.1. Warum erfolgt dies nicht bei Ihrem Träger / in Ihrer Organisation?

<Freitext>

3.17.3. Werden unterschiedliche Bewertungen/Ansichten zwischen der leistungsberechtigten Person und derjenigen Person, die den Rehabilitationsbedarf ermittelt dokumentiert? Bitte wählen Sie die passendste Antwort.

<Einfachnennung>

Ja

Nein

Wenn ja:

3.17.3.1. Auf welche Weise erfolgt dies bei Ihrem Träger / in Ihrer Organisation?

<Freitext>

Wenn nein:

3.17.3.2. Warum erfolgt dies nicht bei Ihrem Träger / in Ihrer Organisation?

<Freitext>

4. Fragenblock: Zusammenarbeit mit anderen Trägern (nur für Steuerungsebene und Fachbezogene Leitungsebene)

Im Folgenden möchten wir Sie nun bitten, einige Fragen zur Zusammenarbeit Ihres Trägers / in Ihrer Organisation mit anderen Trägern zu beantworten. Die damit gemeinte Zusammenarbeit kann dabei innerhalb Ihrer eigenen Trägergruppe (bspw. innerhalb des GKV- oder RV-Systems) und auch über Ihre Trägergruppe hinaus stattfinden.

4.1. Gibt es innerhalb Ihrer eigenen Trägergruppe eine systematische Zusammenarbeit in der Bedarfsermittlung bei Leistungen zur Teilhabe? Bitte wählen Sie die passendste Antwort.

<Einfachnennung>

Ja

Nein

Wenn ja weiter mit 4.1.1., sonst weiter zu 4.2.

4.1.1. Wie gestaltet sich diese Zusammenarbeit? Bitte nennen Sie alle bei Ihrem Träger / in Ihrer Organisation zutreffenden Möglichkeiten.

In Form

<Mehrfachnennung>

regelmäßiger Treffen zum allgemeinen Austausch zur Bedarfsermittlung

regelmäßiger Treffen zur Standardisierung und Vereinheitlichung von Prozessen und Arbeitsmitteln

des Einsatzes einheitlicher Vordrucke und Formulare

eines einheitlichen (und festgelegten) Bedarfsermittlungsprozesses

Sonstige, und zwar _____

Kann ich nicht so genau sagen

4.1.2. Welche Ziele sollen mit dieser trägergruppeninternen Zusammenarbeit erreicht werden? Bitte nennen Sie alle für Sie bei Ihrem Träger / in Ihrer Organisation zutreffenden Möglichkeiten.

<Mehrfachnennung>

- Erreichung eines allgemeinen Mehrwerts für die eigene Trägergruppe
- Verbesserung des Wissens über Bedarfsermittlung durch Wissenstransfer und Austausch
- Einfachere und bessere Zusammenarbeit mit Trägern der eigenen Trägergruppe
- Etablierung eines gemeinsamen Standpunktes gegenüber anderen Trägergruppen
- Schaffung gemeinsamer Standards
- Etablierung eines einheitlichen Bedarfsermittlungsprozesses
- Sonstige, und zwar _____
- Kann ich nicht so genau sagen

4.2. Gibt es über Ihre/n eigene/ Träger(gruppe) hinaus (zusätzlich zur BAR) eine systematische Zusammenarbeit mit anderen Reha-Trägergruppen zur Rehabilitationsbedarfsermittlung? Bitte wählen Sie die passendste Antwort.

<Einfachnennung>

- Ja
- Nein

Wenn ja weiter mit 4.2.1., sonst weiter zu Fragenblock 5

4.2.1. Wie gestaltet sich der Austausch mit anderen Trägergruppen?

Zusammenarbeit findet ... statt. Bitte kategorisieren Sie die Zusammenarbeit mit den folgenden Gruppen.

	<i>regelmäßig, über den Ein- zelfall hinaus</i>	<i>manchmal, bezogen auf konkrete Ein- zelfälle</i>	<i>eher selten und unregelmäßig</i>	<i>gar nicht</i>	<i>Kann ich nicht so ge- nau sagen</i>
Gesetzliche Krankenversicherung					
Gesetzliche Rentenversicherung					
Gesetzliche Unfallversicherung					
Agentur für Arbeit					
Träger der Kriegsopferversorgung / Kriegsopferfürsorge					
Träger der Kinder- und Jugendhilfe					
Träger der Eingliederungshilfe					

4.2.2. Wie gestaltet sich diese Zusammenarbeit? Bitte nennen Sie alle bei Ihrem Träger / in Ihrer Organisation zutreffenden Möglichkeiten.

In Form

<Mehrfachnennung>

- fallbezogener Treffen zum Austausch über einzelne Fälle (bspw. Teilhabepflichtkonferenz)
- regelmäßiger Treffen zum allgemeinen Austausch zur Bedarfsermittlung
- regelmäßiger Treffen zur Standardisierung und Vereinheitlichung von Prozessen und Arbeitsmitteln
- des Einsatzes einheitlicher Vordrucke und Formulare
- eines einheitlichen (und festgelegten) Bedarfsermittlungsprozesses
- Sonstige, und zwar _____
- Kann ich nicht so genau sagen

4.2.3. Mit welcher anderen Trägergruppe würden Sie sich einen verstärkten Austausch besonders wünschen und warum?

<Freitext>

4.2.4. Welche Ziele sollen mit dieser trägergruppenübergreifenden Zusammenarbeit erreicht werden? Bitte nennen Sie alle bei Ihrem Träger / in Ihrer Organisation zutreffenden Möglichkeiten.

<Mehrfachnennung>

- Erreichung eines allgemeinen Mehrwerts für die eigene Trägergruppe
- Verbesserung des Wissens über Bedarfsermittlung durch Wissenstransfer und Austausch
- Schaffung gemeinsamer Standards
- Etablierung eines einheitlichen Bedarfsermittlungsprozesses
- Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Mehrfachbegutachtung
- Sonstige, und zwar _____
- Kann ich nicht so genau sagen

5. Fragenblock: Dokumentation und Datenaustausch (nicht für medizinischer Dienst und Sonstige)

Die Dokumentation schafft die Basis für eine überprüfbare und nachvollziehbare Bedarfsermittlung. Dazu bedarf es einheitlicher Qualitätsanforderungen an die Dokumentation, sodass die durchgeführten Arbeitsschritte für alle Beteiligten anschaulich und nachvollziehbar sind. Dies trägt zu einem einfacheren Informationsaustausch bei.

Im folgenden Fragenblock möchten wir Ihnen daher einige Fragen zur Dokumentation der Rehabbedarfsermittlung bei Ihrem Träger / in Ihrer Organisation stellen.

- 5.1. Gibt es bei Ihrem Träger / in Ihrer Organisation einheitliche Dokumentationsstandards, die allen beteiligten Mitarbeitern bekannt sind? Bitte wählen Sie die passendste Antwort.**

<Einfachnennung>

Ja

Nein

- 5.2. Sind diese Standards schriftlich festgehalten und für jeden zugänglich? Bitte wählen Sie die passendste Antwort.**

<Einfachnennung>

Ja

Nein

- 5.3. Welche konkreten Inhalte der Bedarfsermittlung sind Bestandteile der Aktenführung bei Ihrem Träger / in Ihrer Organisation? Bitte nennen Sie alle Inhalte, die bei Ihnen erfasst werden.**

<Mehrfachnennung>

Datum des Antragseingangs

Eingesetzte Arbeitsmittel

Feststellung des individuellen Rehabilitationsbedarfs

Teilhabeziele

Inhalte der Abstimmung mit der leistungsberechtigten Person (falls diese stattgefunden hat)

Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts der leistungsberechtigten Person

Hinweise zum trägerübergreifenden Austausch (falls dieser stattgefunden hat)

Sonstiges, und zwar:_____

5.4. Erfolgt die Aktenführung bei Ihrem Träger / in Ihrer Organisation digital oder in Papierform? Bitte wählen Sie die passendste Antwort

<Einfachnennung>

vollständig digital

sowohl digital, als auch in Papierform

vollständig in Papierform

Kann ich nicht so genau sagen

5.5. Besteht die Voraussetzung für andere Träger, Kenntnis über Inhalte von Akten im Rahmen der datenschutzrechtlichen Möglichkeiten zu erhalten (bspw. auch im Rahmen des Teilhabeplanverfahrens) und wie oft wird davon Gebrauch gemacht? Bitte geben Sie eine Einschätzung ab.

	<i>Möglichkeit besteht und wird häufig genutzt</i>	<i>Möglichkeit besteht und wird gelegentlich genutzt</i>	<i>Möglichkeit besteht, wird aber selten genutzt</i>	<i>Möglichkeit besteht, wird aber nie genutzt</i>	<i>Möglichkeit besteht nicht</i>	<i>Kann ich nicht so genau sagen</i>
Gesetzliche Krankenversicherung						
Gesetzliche Rentenversicherung						
Gesetzliche Unfallversicherung						
Agentur für Arbeit						
Träger der Kriegsopferversorgung/Kriegsopferfürsorge						
Träger der Kinder- und Jugendhilfe						
Träger der Eingliederungshilfe						

5.6. Wie oft nutzen leistungsberechtigte Personen die Möglichkeit in Ihre Akten Einsicht zu nehmen? Bitte geben Sie eine Einschätzung ab.

<Einfachnennung>

häufig

gelegentlich

selten

nie

Kann ich nicht so genau sagen

5.7. Nehmen Sie im Rahmen der datenschutzrechtlichen Möglichkeiten Einsicht in Akten anderer Träger? Bitte wählen Sie die passendste Antwort.

<Einfachnennung>

Ja

Nein

Wenn ja, weiter mit Frage 5.8., wenn nein, weiter mit Frage 5.8.1.

5.8. Bei welchen anderen Trägern besteht die Möglichkeit, Kenntnis über Inhalte von Akten im Rahmen der datenschutzrechtlichen Möglichkeiten zu erhalten und wie oft wird davon Gebrauch gemacht? Bitte geben Sie eine Einschätzung ab.

	<i>Möglichkeit besteht und wird häufig genutzt</i>	<i>Möglichkeit besteht und wird gelegentlich genutzt</i>	<i>Möglichkeit besteht, wird aber selten genutzt</i>	<i>Möglichkeit besteht, wird aber nie genutzt</i>	<i>Möglichkeit besteht nicht</i>	<i>Kann ich nicht so genau sagen</i>
Gesetzliche Krankenversicherung						
Gesetzliche Rentenversicherung						
Gesetzliche Unfallversicherung						
Agentur für Arbeit/Jobcenter						
Träger der Kriegsopferversorgung/Kriegsopferfürsorge						
Träger der Kinder- und Jugendhilfe						
Träger der Eingliederungshilfe						

5.8.1. Warum nehmen Sie keine Akteneinsicht? Bitte wählen Sie die passendsten Antworten.

<Mehrfachnennung>

Die Akten liefern für die eigenen Zwecke keinen Mehrwert / Nutzen

Aus Gründen des Datenschutzes geht das nicht

Die Akten sind für die eigenen Zwecke ohnehin nicht verständlich

Die Informationen aus den Akten sind nicht anschlussfähig / nutzen eine andere „Sprache“ als wir

Sonstiges, und zwar: _____

Kann ich nicht so genau sagen

6. Fragenblock: Abschluss

Und nun einige letzte Fragen zum Abschluss!

6.1. Was sind Ihrer Ansicht nach die größten Stärken im Rehabilitationsbedarfsermittlungsprozess bei Ihrem Träger / in Ihrer Organisation?

<Freitext>

6.2. Was sind Ihrer Ansicht nach die größten Herausforderungen im Rehabilitationsbedarfsermittlungsprozess bei Ihrem Träger / in Ihrer Organisation?

<Freitext>

6.3. Gibt es sonst noch etwas, das Sie uns mit auf den Weg geben möchten?

<Freitext>

Vielen herzlichen Dank für Ihre Teilnahme! Ihre Angaben wurden gespeichert!

7.4 Konzeptpapier der Fallstudien (Phase 2)



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

Kienbaum^K
Inspirierend. Anders.

h²
Hochschule
Magdeburg • Stendal

Harry Fuchs
Düsseldorf

IMPLEMENTATIONSSTUDIE ZUR EINFÜHRUNG VON INSTRUMENTEN ZUR ERMITTLUNG DES REHABILITATIONSBEDARFS NACH § 13 SGB IX (BUNDESTEILHABEGESETZ)

Phase 2: Fallstudien

Vorgehensweise Fallstudienkonzeption in den einzelnen Trägergruppen

Übersicht



Ansatzpunkt

- › Mit dem qualitativen Erhebungsinstrument der Fallstudien betrachten wir im Schwerpunkt jeweils ausgewählte Organisationen der Trägergruppen nach § 6 SGB IX
- › Qualitative Konkretisierung der Bedarfsermittlungspraxis und der standardisierten Dokumentation auch auf Basis der Erkenntnisse der bundesweiten Befragung



Fragestellungen

- › Wie sind Prozesse und Arbeitsmittel im Bedarfsermittlungsprozess organisiert?
- › Wie läuft der Prozess der Bedarfsermittlung ab? Wie wird der Prozess dokumentiert?
- › Welche Akteure sind am Prozess beteiligt? Wie ist die zeitliche Strukturierung?
- › Welche Arbeitsmittel werden genutzt und wie kommen sie zum Einsatz?



Zeitraum der Durchführung:

Dez. 2018 – Feb. 2019



Beteiligte Akteure:

Alle am Bedarfsermittlungsprozess beteiligten Stellen vom Antragseingang bis zum Bescheid, einschließlich der Steuerungsebene und der Teamleitung



Leistungsrechtsbezogene Einblicke in die Bedarfsermittlung anhand von Fallstudien bei den Trägergruppen

Herangehensweise

Anamnese/ICD

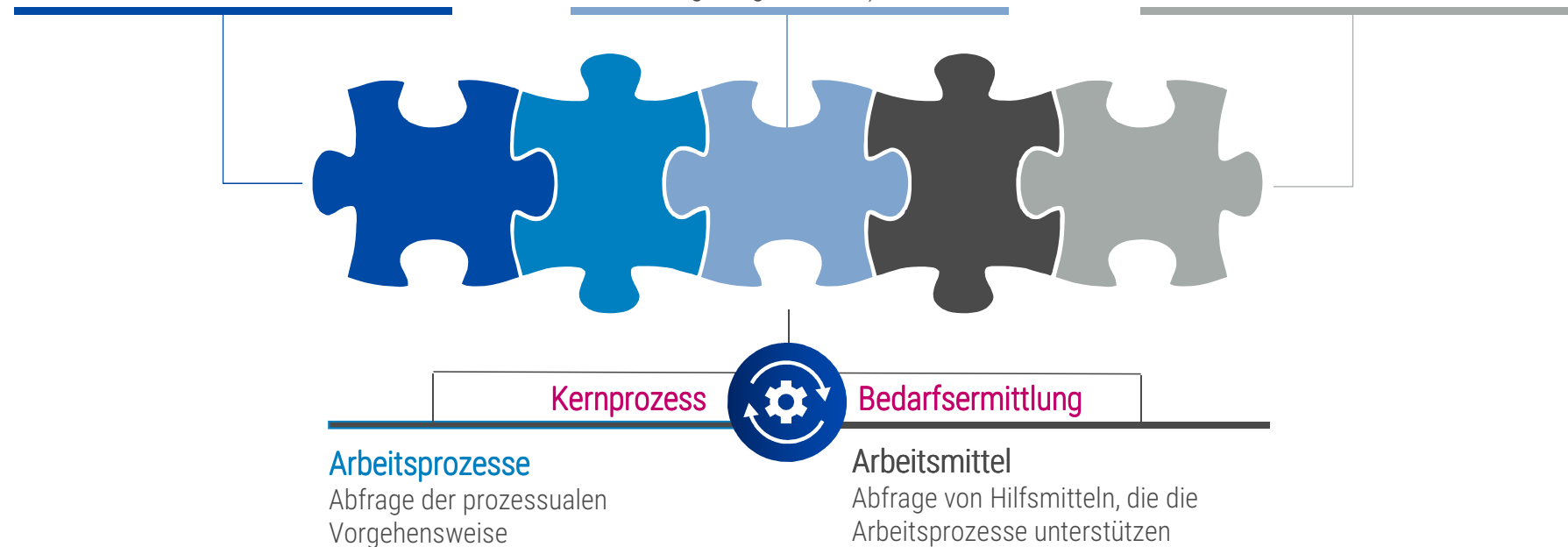
Zusammenstellung von medizinisch relevanten Informationen (u.a. Diagnosen).

Domänen der ICF

Abfrage der inhaltlichen/methodischen Vorgehensweise (vorstrukturiert durch ICF, mit jeweils Ergänzungs- und methodischen Abweichungsmöglichkeiten).

Kontextfaktoren

Vorgabe von u.a. Geschlecht, Alter, Lebensstil, Motivation...



Diese Herangehensweise ermöglicht den fachlich-inhaltlichen Austausch und die ergänzende Abfrage möglicher Spezifika im Bedarfsermittlungsverfahren.

Wir planen jeweils ca. einen Tag vor Ort für die Fallstudien je Trägergruppe – zunächst werden wir Interviews mit der Leitungsebene durchführen

Vorstellung der Erhebungsmethodik in den Fallstudien

Erste Tageshälfte

Am Vormittag/ am ersten Tag werden wir **halbstrukturierte Interviews** (einzeln oder in Gruppen) mit relevanten Experten führen. Der Ablauf beinhaltet:

- › **Vertieftes Verständnis des individuellen Sachstandes** vor Ort und der **spezifischen Herausforderungen**
- › Einbindung von **Steuerungs-/Leitungsebenen**, ggf. **Einbindung medizinischer Dienste**
- › Die Erkenntnisse werden für die systematische Erhebung **dokumentiert und aufbereitet** und dienen zur Vorbereitung eines **Workshops** am zweiten Tag



- Die Einzelinterviews werden **etwa 1 – 1,5 Stunden**, Gruppeninterviews **ca. 3 Stunden** Zeit in Anspruch nehmen
- **Mögliche Gesprächspartner** umfassen:
 - Abteilungs-/Bereichsleitung „Rehabilitation“
 - Reha-Referenten
 - Teamleitung der operativen Ebene
 - ggfs. medizinische/psychologische Fachdienste

*Interviewleitfäden und Fallbeschreibungen werden den beteiligten Trägern zur Verfügung gestellt.
Der Zeitpunkt der Durchführung und die Beteiligung der Akteure wird mit dem jeweiligen Träger im Voraus abgestimmt.*

Anschließend führen wir einen halbtägigen Workshop durch, der den Bedarfsermittlungsprozess anhand eines prototypischen Falls beschreibt

Vorstellung der Erhebungsmethodik in den Fallstudien

Zweite Tageshälfte

Am Nachmittag / am zweiten Tag sehen wir einen **halbtägigen Workshop** mit den Experten vor Ort vor. Themen werden sein:

- › **Reflektion und Einordnung des Entwicklungsstandes** bei dem Träger (bzw. in der Trägergruppe)
- › Betrachtung der aktuellen bzw. geplanten Herangehensweise bei der Bedarfsermittlung **anhand prototypischer Fälle**

30 Fallstudien in den Trägergruppen im Zeitraum von Dezember 2018 bis einschließlich Februar 2019



- **Prototypische Fälle** beinhalten:
 - eine anschauliche Fallbeschreibung
 - mögliche Ergänzungsfragen zu den Fällen
 - eine Abfrage der prozessualen Vorgehensweise
 - inhaltliche/methodische Fragestellungen
- Den **leistungsrechtsspezifischen Gegebenheiten** der Träger soll durch unterschiedliche Ausgestaltungen der Fallbeschreibungen Rechnung getragen werden
- Als Teilnehmer sind alle beteiligten Stellen von Antragseingang bis zum Leistungsbescheid vorgesehen. Dies umfasst u.a.:
 - Reha-Referenten
 - Teamleitung der operativen Ebene
 - Fall-/Sachbearbeitung
 - medizinische Fachdienste

Im Rahmen von Pretests wurde das Vorgehen für die Workshops einschließlich der prototypischen Fälle mit ausgewählten Trägern validiert

Systematik eines prototypischen Falls

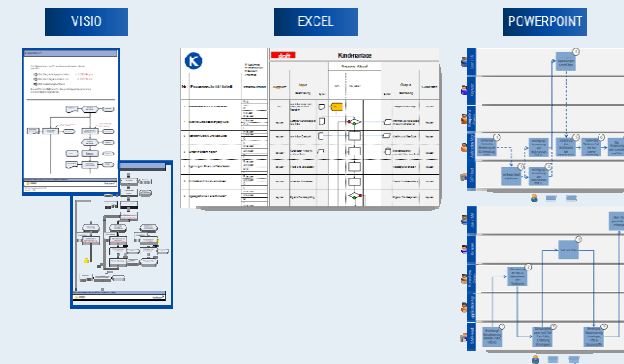


Vielen herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

Organisatorisches

- › Wir freuen uns über eine möglichst breite Beteiligung Ihrerseits
- › Ihre Anmeldung nehmen wir unter bthg@kienbaum.de entgegen
 - › Gern können Sie dabei konkrete Terminvorschläge machen und potenzielle Teilnehmerinnen und Teilnehmer benennen
 - › Das spezifische Vorgehen stimmen wir individuell mit Ihnen ab
- › Eine umfassende Projektskizze sowie einen beispielhaften Gesprächsleitfaden finden Sie im Anhang
- › Selbstverständlich können Sie uns auch vorab mit Fragen oder Anmerkungen kontaktieren

Für ein **gesamthafes Verständnis** werden alle betrachteten und analysierten Prozesse dokumentiert und visualisiert. Diese Visualisierungen unterstützen dabei, die Prozessabläufe/-strukturen zu identifizieren, Verantwortlichkeiten zu beschreiben und eingesetzte Arbeitsmittel aufzuzeigen.



Kontakt

Für Fragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung

Adresse



Kienbaum Consultants International GmbH

Edmund-Rumpler-Straße 5

51149 Köln


www.kienbaum.de

3

Ansprechpartner bei Fragen

bthg@kienbaum.de





Kienbaum^K
Inspirierend. Anders.